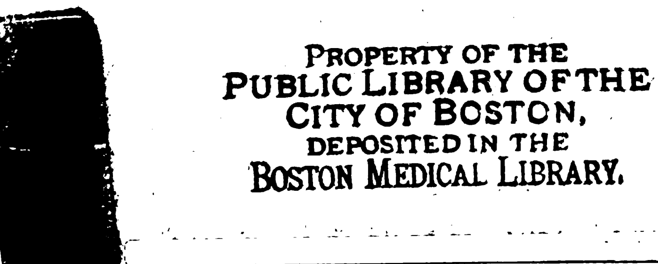

4KKC %
Digitized by Google


PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY.


ACCESSIONS.
SHELF NO.
3493.2
v.5
SICUT PATRIBUS SIT DEUS NOBIS
BOSTONIA CONDITA A.D. 1630.
CIVITATIS REGIMINE DONATA A.D. 1822
NATH. BOWDITCH. OB. MAR. XVI. MDCCCXXXVIII
BOSTON PUBLIC LIBRARY
FROM THE
Bowditch Fund.
Recd.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

TOME CINQUIÈME.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU,

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société
physico-médicale d'Erlangen, etc.

Troisième édition, revue, corrigée et augmentée.

TOME CINQUIÈME.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE, DES ORGANES DES SENS,
CUTANÉES NON FÉBRILES ET FÉBRILES,
FIÈVRES, INTOXICATIONS, EMPOISONNEMENTS.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19;
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET;
A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY;
A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1853

J. Ingersoll Bowditch
Mar. 4, [illegible]
[illegible]

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE SEPTIÈME.

Maladies du tissu cellulaire et de l'appareil locomoteur.

Les maladies que je réunis dans ce livre doivent être divisées en deux sections. Dans la première, se trouvent les affections du tissu cellulaire; dans la seconde, celles qui ont pour siége l'appareil locomoteur.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

En désignant les affections dont je vais m'occuper sous le nom de maladies du tissu cellulaire, je ne prétends pas dire que c'est une lésion de ce tissu qui en est le caractère fondamental. Je veux seulement indiquer que le principal symptôme, car il ne s'agit ici que des maladies qui appartiennent exclusivement à la pathologie interne, consiste dans l'infiltration séreuse, d'où résultent l'œdème et l'anasarque, seules maladies qui doivent entrer dans notre cadre. Si, en effet, on y réfléchit, on voit que les autres affections dans lesquelles le tissu cellulaire est plus ou moins profondément lésé, ou bien appartiennent à la chirurgie, ou ne sont que des symptômes d'une autre affection. Je ne me dissimule pas, au reste, la défectuosité d'une pareille classification; mais en pathologie il ne peut pas y avoir de classification parfaite, et je crois seulement avoir adopté la plus utile au praticien.

Les mots *œdème* et *anasarque* ne désignent pas, à proprement parler, des maladies différentes; cependant l'usage veut que l'on entende par *œdème* l'infiltration séreuse du tissu cellulaire bornée à une partie du corps, et par *anasarque* cette même infiltration occupant le corps tout entier. Il suit de là que je n'ai pas à traiter ici de l'œdème proprement dit. Si, en effet, on examine attentivement ce qui se passe, on voit que cet œdème est toujours une affection dépendante d'une autre, et non une affection idiopathique; et à ces titres elle a dû trouver place dans d'autres parties de cet ouvrage. C'est ainsi que j'ai traité de l'*œdème de la glotte*, de l'*œdème du poumon*, de l'œdème douloureux ou *phlegmatia alba*

dolens, et que, dans certaines affections particulières, j'ai indiqué l'*œdème local*, qui résulte de la lésion principale.

Quant à l'anasarque, elle se montre quelquefois indépendamment de toute autre affection organique : c'est l'*anasarque idiopathique* qui nous occupera principalement ; mais le plus souvent elle est due à d'autres maladies qui doivent fixer spécialement l'attention du pathologiste ; et c'est dans l'histoire de ces maladies qu'il faut en chercher la description. Je l'ai donnée à propos des *maladies du cœur*, de la *maladie de Bright*, et je dois me contenter de renvoyer le lecteur à ces articles.

De ces considérations il résulte que je dois me borner à décrire l'anasarque idiopathique, et l'infiltration séreuse du tissu cellulaire chez les enfants nouveau-nés, à laquelle l'usage a conservé le nom d'*œdème des nouveau-nés*. C'est par cette dernière affection que je vais commencer.

ARTICLE Ier.

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS.

L'œdème des nouveau-nés n'a fixé l'attention des observateurs qu'à une époque assez rapprochée de nous. On a voulu rattacher à cette affection un fait rapporté par Uzembezius (1) ; mais, en examinant l'observation, on voit qu'il est question dans ce fait de l'*endurcissement du tissu cellulaire*, dont je dirai un mot à l'occasion du diagnostic ; du moins c'est là ce qui est le plus probable, car l'observation est très incomplète. Plus tard, Underwood (2) a eu également en vue l'endurcissement adipeux. Il faut arriver aux recherches d'Andry (3) et d'Auvity (4) pour avoir des renseignements un peu utiles sur l'affection qui nous occupe. Plus tard, M. Troccon (5), A. Dugés (6), Denis (7), Léger (8), Palletta (9), et surtout Billard (10), nous ont donné des recherches importantes sur cette affection du premier âge de la vie. En 1835, j'ai publié (11) mes premières observations sur cette affection, et je les ai complétées dans mon ouvrage sur les maladies des enfants nouveau-nés (12). C'est avec ces documents que je vais tracer l'histoire de la maladie.

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

Dans l'état actuel de la science, l'œdème des nouveau-nés doit être défini par ses caractères ainsi qu'il suit : c'est une affection consistant dans un œdème étendu, accompagné ou non, à une certaine époque, de l'endurcissement du tissu adipeux,

(1) *Éph des cur. de la nature*, 1718.
(2) *Traité des maladies des enfants.* Paris, 1825, t. II, p. 624.
(3) *Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire* (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1785, p. 207).
(4) *Ibid.*, 1788, p. 122.
(5) *Essai sur les maladies des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1814.
(6) *Dissert. sur quelques maladies peu connues des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1821.
(7) *Rech. d'anat. et de physiol. pathol. sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*. Commercy, 1826.
(8) *De l'endurcissement du tissu cellulaire*, thèse. Paris, 1823.
(9) *Exercit. pathologicæ.* Mediolani, 1820, p. 123.
(10) *Traité des maladies des enfants.*
(11) *De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1835.
(12) *Clin. des malad. des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 601.

et dans lequel on remarque la stase du sang veineux et une torpeur plus ou moins considérable de toutes les fonctions.

On a donné à cette maladie les noms d'*endurcissement*, d'*induration du tissu cellulaire ;* d'*œdème compacte*, d'*œdème algide*, de *squirrho-sarque*, de *sclérème*, de *sclérémie*. Je l'avais d'abord désignée sous le nom d'*asphyxie lente des nouveau-nés;* mais plus tard je lui ai conservé celui d'œdème des nouveau-nés, généralement admis.

La fréquence de cette affection est assez grande dans les hospices des nouveau-nés, et très peu considérable, au contraire, dans la pratique civile. Nous verrons plus loin à quelle cause il faut attribuer cette différence.

§ II. — Causes.

Ce n'est qu'à l'époque où l'on a bien distingué l'œdème des nouveaux-nés de l'endurcissement adipeux du tissu cellulaire, qu'on a pu rechercher avec quelque fruit les causes de la première de ces affections. Jusqu'alors on avait cherché dans des conditions organiques imaginaires la cause d'un état pathologique mal défini.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous trouvons d'abord la *faiblesse* de l'enfant. Presque tous les avortons que j'ai eu occasion d'observer à l'hospice des Enfants-Trouvés offraient un œdème souvent fort étendu. Cependant on ne peut pas admettre que cette cause soit nécessaire, puisque, ainsi que je l'ai fait remarquer, des enfants parfaitement développés présentent parfois la même affection.

Age. Cette affection ne se montre que chez les enfants tout nouvellement nés. Si l'on a avancé le contraire, c'est qu'on s'est laissé tromper par une autre affection.

Sexe. Toutes les fois qu'on a tenu compte du sexe des malades, on a trouvé un nombre beaucoup plus considérable de garçons que de filles. Cette circonstance tend à faire penser que la *difficulté de l'accouchement*, qui, comme on le sait, est plus grande pour les garçons que pour les filles, et sans doute l'*état de congestion* plus considérable dans lequel se trouvent les premiers, ne sont pas sans influence sur la production de la maladie. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles observations.

Les *saisons* ont une influence évidente sur le développement de la maladie. En réunissant, en effet, les cas que j'ai observés à ceux qui ont été rapportés par Billard, on trouve que, sur 515, 339 s'étaient montrés dans les six mois les plus froids de l'année. Nous allons voir tout à l'heure comment agit le froid, qui est la principale cause déterminante.

Il n'est pas d'autres causes prédisposantes qui aient pour elles la sanction des faits.

2° Causes occasionnelles.

La seule cause occasionnelle qui soit bien connue est l'action du *froid*. J'ai fait remarquer ailleurs que, parmi les enfants qui viennent de la Maternité à l'hospice des Enfants-Trouvés, il en est fort peu qui présentent l'œdème des nouveau-nés; et ceux qui sont dans ce cas sont presque tous des avortons. Or on sait que les enfants qui viennent de la Maternité sont transportés avec tous les soins convenables;

ceux qui viennent de la ville, au contraire, sont très souvent mal vêtus, et font un long trajet sans être protégés contre le froid.

Les enfants œdémateux appartiennent presque tous à la classe pauvre : on pourrait supposer que le défaut de *soins hygiéniques*, autres que la préservation du froid, a une certaine influence sur le développement de la maladie ; mais cette circonstance, que l'œdème se montre ordinairement dans les temps froids, prouve que la cause que nous avons admise est la seule évidente.

Je ne parlerai pas ici de quelques autres causes, comme l'existence d'une pneumonie, l'irritation du tissu cellulaire, une gastrite, etc. Pour pouvoir, en effet, se prononcer sur la valeur de ces causes, il faut avoir étudié les symptômes et les lésions anatomiques. J'en dirai quelques mots après avoir parlé de ces dernières.

§ III. — Symptômes.

Le symptôme capital, caractéristique de la maladie, est l'œdème. Quelques auteurs ont prétendu que l'affection dont il s'agit peut avoir lieu sans œdème; de ce nombre sont MM. Bouchut et Thirial (1). J'ai démontré ailleurs (2) que l'opinion de ces auteurs est la conséquence de la confusion qui existait dans la science avant les dernières recherches. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du diagnostic.

L'infiltration se manifeste, comme je l'ai dit plus haut, dans les premiers jours qui suivent la naissance. Je ne l'ai jamais vue survenir après le troisième jour. Les cas cités par Naudau (3), et dans lesquels l'œdème se serait montré chez des enfants âgés de quatre mois et plus, appartiennent à une autre affection. Il en est de même du cas de sclérème observé par M. Thirial chez un adulte.

L'œdème envahit d'abord les extrémités inférieures. Hulme (4) a prétendu que l'infiltration n'a pas de point de départ fixe ; mais cet auteur n'a pas eu en vue une affection bien déterminée.

Les pieds présentent d'abord une saillie à leur face dorsale, puis la face plantaire devient à son tour saillante, et quelquefois au point d'avoir la *forme de dos d'âne*. Les jambes présentent une dureté légèrement pâteuse. Bientôt les mains et les avant-bras sont envahis de la même manière ; ensuite la face se tuméfie en même temps que les cuisses et les bras ; puis le scrotum ou les grandes lèvres, le pénil, l'hypogastre ; enfin le tronc est le dernier atteint, et le plus souvent il n'est pas envahi par l'œdème.

L'enfant est alors bouffi ; les paupières se gonflent au point de devenir quelquefois demi-transparentes.

Dans cet œdème, comme dans toutes les infiltrations du tissu cellulaire sous-cutané, les parties affectées *conservent l'empreinte du doigt ;* seulement, comme l'infiltration a lieu ordinairement d'une manière très rapide, cette empreinte demande une assez grande force de pression pour être produite, et disparaît promptement. C'est ce qui a trompé quelques auteurs qui ont tiré de fausses conséquences

(1) *Du sclérème chez les adultes*, etc. (*Journ. de méd.*, 1845).
(2) *Arch. gén. de méd.*
(3) *Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1788.
(4) *De ind. telæ cellul. in rec.-nat. corp.*, etc. (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1788).

de leur expérimentation incomplète. Ils ont cru que la peau ne conservait pas la moindre trace de la pression, et ils en ont conclu que le tissu était non œdématié, mais endurci, ou bien que le liquide infiltré était congelé, épais, etc. Ce qui prouve qu'il n'en est rien, c'est qu'avec une pression forte et persistante, on rend l'empreinte très marquée et assez lente à se dissiper.

On a dit aussi que la peau ne peut pas se plisser, et paraît adhérente au tissu sous-jacent ; le fait est inexact. Dans les premiers moments, lorsque l'œdème est peu considérable, on peut faire facilement des plis à la peau, et plus tard on peut encore, quoique difficilement, la faire glisser sur les parties qu'elle recouvre. Toutes ces erreurs viennent de ce qu'on n'a pas distingué l'œdème de l'endurcissement adipeux : confusion dans laquelle quelques médecins voudraient nous faire retomber.

Quelquefois on trouve un des côtés du corps beaucoup plus infiltré que l'autre. C'est une simple conséquence de l'action de la pesanteur, comme j'ai pu facilement m'en assurer. En laissant, en effet, l'enfant couché sur un côté pendant vingt-quatre heures, on voit ce côté s'infiltrer beaucoup plus, et *vice versâ*.

Lorsqu'on peut assister au commencement de la maladie, ce qui est fort rare, on est d'abord frappé de la *coloration des téguments*. La peau a une couleur violette plus ou moins foncée, remarquable surtout aux extrémités et à la face. Dans cette dernière partie, une teinte bleue se mêle à la coloration violette, et ce sont surtout les lèvres qui prennent la couleur bleuâtre. Dans quelques cas néanmoins, les joues présentent une coloration d'un rouge assez vif. Le corps est partout d'un rouge foncé, ou bien couvert de larges taches violacées séparées par des intervalles plus clairs et parfois blanchâtres.

A une époque plus avancée de la maladie, cette coloration change ordinairement d'une manière très frappante. La face jaunit, sans en excepter les sclérotiques dans quelques cas, et le corps participant à cette coloration, l'enfant devient d'un *jaune terne* dans toutes ses parties.

Un autre phénomène remarquable, c'est que la *température du corps* tout entier est notablement abaissée, et plus aux extrémités que partout ailleurs. M. H. Roger, dans un mémoire intéressant (1), a étudié d'une manière beaucoup plus précise qu'on ne l'avait fait avant lui cet abaissement de la température chez les enfants œdémateux. Il résulte des recherches de cet auteur que la calorification est diminuée même dans l'intérieur de la bouche, et que le degré de la température (la moyenne normale étant 37°,08) peut descendre à 33 degrés et même à 26 degrés. Ce refroidissement va croissant à mesure que la maladie fait des progrès.

Si maintenant nous passons en revue l'état des diverses fonctions, nous les trouverons toutes dans une torpeur plus ou moins grande, suivant que la maladie est plus ou moins intense et qu'elle est parvenue à une époque plus ou moins avancée.

La *circulation* est toujours faible et embarrassée. Il est très difficile de compter le *pouls*, tant à cause de la faiblesse des pulsations que de l'œdème qui empêche de sentir distinctement l'artère. Le nombre des pulsations, dans les cas où l'on a pu les compter convenablement, ne s'est guère élevé au-dessus de 72 ; il est souvent de 60. J'ai trouvé les *battements du cœur* assez distincts dans le plus grand

(1) *De la température chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1844, 1845, t. V, VI, VII, VIII, IX).

nombre des cas, et les bruits médiocrement sonores. Quelquefois je les ai trouvés obscurs et ralentis.

Respiration. La respiration est toujours plus ou moins embarrassée ; mais l'embarras est différent suivant les cas. Le plus souvent le nombre des inspirations est moins considérable qu'à l'état normal. Quelquefois, au contraire, il est plus considérable ; presque toujours alors il y a complication de pneumonie ou du moins d'engouement pulmonaire. Ces résultats, auxquels j'étais parvenu par l'analyse de mes observations, ont été confirmés par les recherches de M. Roger. Les inspirations sont pénibles, courtes et dans leur intervalle la poitrine retombe dans une immobilité presque complète. Quelquefois la respiration est si faible qu'on la distingue à peine. Dans quelques cas, on note une véritable anhélation, mais c'est dans les cas compliqués.

Le *cri* est important à étudier ; ses caractères ont frappé tous les observateurs. Lorsque l'affection a fait de grands progrès, il est aigu, entrecoupé, extrêmement faible, souvent étouffé et voilé. Dans les cas légers, le cri est presque à l'état normal, et même dans ceux où il est le plus altéré, si l'on excite fortement l'enfant, il finit par prendre de la force et de la gravité.

La coloration violacée que nous avons notée à la face se fait remarquer jusque dans l'intérieur de la *bouche ;* la langue est humide et participe au refroidissement général. L'enfant ne manifeste aucun désir de boire et de manger ; il n'exerce que de très faibles mouvements de succion quand on lui introduit le doigt dans la bouche. Du reste, il n'y a aucun symptôme remarquable du côté du *ventre.*

A ces symptômes il faut joindre l'engourdissement de toutes les *sensations.* Il est tel que, si l'on abandonnait les petits malades, ils succomberaient sans se plaindre, lorsque la maladie a débuté avec une certaine gravité. Chez quelques uns, la sensibilité paraît fort obtuse, et ordinairement elle l'est assez pour que, pendant l'exploration, il n'y ait pas d'agitation notable.

Les *mouvements* sont lents, difficiles à provoquer par les excitations de toute espèce ; mais je n'ai observé ni tétanos ni trismus, et c'est sans doute par erreur que quelques auteurs ont signalé ces convulsions comme appartenant à l'œdème des nouveau-nés.

Un phénomène remarquable, c'est l'*occlusion permanente des paupières* dans tous les cas d'une certaine gravité. Elle ne dépend pas de l'infiltration, car on l'observe lorsque les paupières sont parfaitement libres aussi bien que quand elles sont œdématiées. Dans les cas légers, lorsqu'on expose les petits malades à une lumière vive, ils entr'ouvent les yeux, mais les referment bientôt.

Dans les derniers jours, lorsque l'affection doit se terminer par la mort, l'œdème envahit tout le corps, excepté la poitrine ; le froid devient intense, surtout aux extrémités ; une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, dans un assez grand nombre de cas ; quelquefois on voit de la sérosité, également sanguinolente, s'écouler par le nez et quelquefois aussi s'échapper d'entre les paupières, et bientôt le malade s'éteint sans agonie pénible. Dans un certain nombre de cas, des complications, et surtout l'inflammation des poumons, viennent ajouter leurs symptômes aux précédents, et hâter la mort.

Lorsque la maladie tend à la guérison, la respiration devient d'abord plus facile, puis la circulation prend de la force, l'enfant se réveille, ouvre les yeux, ou

fait des efforts pour les ouvrir si l'œdème des paupières s'y oppose; puis il boit, tette avec plus d'avidité ; le cri prend de la force ; l'œdème diminue aux paupières, aux avant-bras, puis à l'hypogastre, aux cuisses, et enfin disparaît complétement. Quelquefois néanmoins les progrès vers le mieux s'arrêtent, et, après avoir langui pendant un assez long temps (quinze à vingt jours dans quelques cas), l'enfant finit par succomber, avec ou sans complications.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue et ordinairement rapide. Dans quelques cas néanmoins, ainsi que je viens de le dire, on voit momentanément les symptômes s'amender, puis l'affection reprendre sa marche progressive, quoique avec plus de lenteur. Les périodes admises au nombre de trois par M. Denis, et de deux par M. Blanche, n'existent réellement pas.

La *durée* de cette affection est ordinairement courte. On voit les enfants succomber au bout de trois, quatre ou cinq jours, et même avant s'ils ont une faiblesse congénitale très grande. Quelquefois cette durée est de plus de vingt jours.

Cette affection se termine presque toujours par la mort ; ce qu'il était facile de prévoir en songeant que les enfants qui la présentent sont pour la plupart très débiles, et que quelques uns sont de véritables avortons. A l'article du *traitement*, je ferai connaître les cas terminés par la guérison.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a signalé des lésions anatomiques très diverses comme appartenant à l'œdème des nouveau-nés. Je vais les indiquer, en commençant par celles qui sont évidentes et caractéristiques.

Dans tous les cas, sans exception, on trouve une infiltration séreuse plus ou moins abondante. La sérosité qui s'écoule des incisions faites au tissu cellulaire sous-cutané est en grande quantité, légèrement visqueuse et d'un jaune plus ou moins vif. Le tissu adipeux se présente sous forme de grains séparés par des lamelles de tissu cellulaire infiltré, et ces grains sont très éloignés les uns des autres lorsque l'infiltration est portée à son plus haut degré. Le tissu lamelleux sus-aponévrotique est très distendu par la sérosité ; le tissu cellulaire intermusculaire ne présente, au contraire, aucune trace d'infiltration. Dans les cas où l'on a trouvé le contraire, on a confondu avec l'œdème qui nous occupe une infiltration d'une autre nature. Le derme est souple au-dessus des points œdématiés, et ses vaisseaux contiennent beaucoup de sang noir.

Dans un certain nombre de cas, les enfants œdématiés présentent, dans quelques points, un endurcissement du tissu adipeux qui contraste avec l'œdème que je viens de décrire. Dans ces points, la peau est blanche et ne contient pas de sang. Elle semble collée sur les parties sous-jacentes, qui sont très denses, sans humidité, et où l'on voit les grains du tissu adipeux serrés les uns contre les autres, et séparés seulement par des lignes celluleuses très déliées à la partie inférieure du pannicule graisseux. C'est presque constamment dans des points qui ne sont pas habituellement envahis par l'œdème que se trouve cet état particulier du tissu adipeux.

Du côté des voies respiratoires, on trouve un engorgement sanguin considé-

rable, quelquefois l'engouement des poumons et la pneumonie. Dans quelques cas, on rencontre des portions de poumon qui n'ont pas respiré.

Chez quelques sujets, il y a épanchement de sérosité, en petite quantité, dans les plèvres, mais aucune lésion inflammatoire.

Le cœur et tous les gros vaisseaux, les veines surtout, sont gorgés de sang noir, presque toujours liquide.

Les organes digestifs ne présentent autre chose de remarquable qu'une injection considérable; dans la moitié des cas, il y a une petite quantité de liquide dans le péritoine.

Le cerveau et ses membranes ne sont remarquables que par leur injection sanguine et leur infiltration séreuse.

Les reins ne m'ont offert rien de remarquable. Postérieurement à mes recherches, M. le docteur Charcellay a signalé une lésion des reins chez les nouveau-nés affectés d'œdème. Cette lésion consiste principalement dans un dépôt jaune occupant les cônes de la substance tubuleuse, et y formant des pinceaux très déliés. Ce dépôt n'est autre chose que de l'acide urique qui s'est déposé dans les tubes ; je l'ai observé dans les cas les plus variés, et je n'ai pas cru devoir en faire mention, parce qu'il ne constitue réellement pas une altération anatomique suffisante.

C'est surtout d'après les altérations qu'on a trouvées ou qu'on a supposées, que les auteurs ont établi la *nature de la maladie.* Uzembezius croyait qu'elle dépendait de la stase du sang et de son épaississement. La stase du sang existe, mais ce liquide n'est pas épaissi : l'explication n'est, par conséquent, pas juste.

Underwood, et après lui Denmann, ont attribué la maladie à un spasme de la peau causé par une affection intestinale. Or cette affection n'existe pas ; et d'ailleurs ces auteurs n'ont eu en vue que l'endurcissement adipeux.

M. Troccon a regardé l'œdème, sans le distinguer de l'endurcissement adipeux, comme le résultat d'une pneumonie produite par le froid. Il suffit de faire remarquer, pour repousser cette explication, que la pneumonie n'est qu'une complication, qui même n'est pas fréquente.

Suivant Andry et Auvity, l'affection serait le résultat de la coagulation des sucs séreux et adipeux. Cette explication prouve que ces deux auteurs confondaient à tort dans une même description l'œdème et l'endurcissement adipeux. La coagulation des sucs séreux n'est pas admissible, puisque, comme nous venons de le voir, la sérosité s'écoule par les incisions du tissu cellulaire, comme dans un œdème ordinaire.

Palletta voyait la cause de la maladie dans la flaccidité des poumons, d'où résultait la stase du sang et l'engorgement du foie. Mais nous savons que cette flaccidité du poumon n'existe pas ordinairement, et que si le foie est engorgé, il ne l'est pas plus que les autres organes.

M. Léger, qui croyait à la coagulation de la sérosité, et qui donnait à l'affection le nom d'œdème compacte, pensait que le sang était devenu plus séreux ; mais rien n'a prouvé l'exactitude de cette assertion.

Enfin tout démontre que M. Denis s'est trompé en attribuant l'œdème à une irritation du tissu cellulaire.

Si maintenant nous recherchons dans les faits, comme je l'ai fait ailleurs (1),

(1) *Clin. des malad. des enfants nouveau-nés*, p. 652.

quelles sont les conditions organiques auxquelles nous devons rapporter la maladie, nous arrivons aux conclusions suivantes, que j'extrais de mon ouvrage : « Dans tous les cas, sans exception, il y avait, ai-je dit, une gêne notable de la respiration ; cette gêne, je l'ai décrite ; elle existait à un degré remarquable, même lorsque la maladie était légère. La faiblesse de la circulation n'était pas moins grande, et, sauf un cas où il y eut une pneumonie très étendue et à marche très rapide, le pouls, qui était inappréciable ou à peine senti, était d'une lenteur notable, ce dont on s'assurait en auscultant la région précordiale. Si nous rapprochons maintenant de ces lésions de fonctions la congestion sanguine générale, indiquée pendant la vie par la coloration livide de tout le corps, et après la mort par l'engorgement de tous les vaisseaux, nous aurons réuni les circonstances les plus remarquables de la maladie ; et tout porte à croire que c'est à ce trouble de deux fonctions importantes, et à la stase sanguine qui en est la suite, qu'il faut rapporter la production de l'œdème. »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Après les détails dans lesquels je suis entré, il est inutile d'insister beaucoup sur le diagnostic. Il est des plus faciles.

On ne peut plus aujourd'hui confondre l'œdème avec l'*endurcissement adipeux ;* la différence, en effet, est aussi grande pendant la vie qu'après la mort. L'endurcissement adipeux ne se déclare que dans les derniers jours de l'existence, chez des sujets ayant une affection grave. C'est un symptôme de l'agonie, et même très souvent ce n'est qu'une lésion cadavérique, ce qui a été prouvé par des observations positives. Dans l'endurcissement adipeux, la peau est blanche, ou seulement parsemée de taches livides sur un fond blanc. Dans l'œdème, elle est violette. Le premier donne au toucher la sensation d'un tissu compacte : le second donne la sensation d'un tissu plus ou moins souple, et l'empreinte du doigt s'y produit et s'y efface promptement. Chez les enfants œdémateux, on peut faire glisser la peau sur les parties sous-jacentes ; il n'en est pas de même chez ceux qui présentent l'endurcissement adipeux. Enfin ces deux lésions se trouvent dans des points différents. Si l'on rapproche ces caractères de ceux que nous a fournis l'inspection cadavérique, on voit qu'il n'y a pas de confusion possible.

Dans certains cas d'*érysipèle* chez les enfants nouveau-nés, le tissu sous-jacent est infiltré, et il en résulte le gonflement et la dureté des parties ; mais la marche de la maladie n'est pas la même. L'érysipèle occupe un membre isolé, ou les envahit successivement ; il est souvent borné à l'abdomen. Il y a de la douleur, de l'agitation. La peau est rouge, épaissie ; la fièvre est considérable. Rien de semblable dans l'œdème. C'est donc bien à tort que quelques médecins allemands ont regardé cette maladie comme un érysipèle.

Dans ces dernières années on a cité des faits de *sclérème* chez l'adulte et l'on a voulu rapprocher cette affection de l'œdème des nouveau-nés. Dans un des chapitres suivants, je donnerai l'histoire du sclérème, et il ne me sera pas difficile de démontrer que cette maladie n'a de commun avec celle dont nous nous occupons ici que ce nom de sclérème donné bien à tort à l'œdème des nouveau-nés. Ce sont deux affections essentiellement différentes.

Il survient assez souvent chez les nouveau-nés une inflammation subaiguë dans

une partie limitée, et surtout à la face et au cou. Cette lésion n'a rien de commun avec l'œdème que nous venons de décrire. D'abord elle est circonscrite à un point qui n'est pas le premier affecté dans l'œdème ; puis elle survient à une époque avancée d'une autre maladie ; enfin l'infiltration occupe jusqu'aux parties les plus profondes. Il ne faut donc pas confondre l'œdème avec l'érysipèle, comme l'a fait Doublet, ni regarder l'inflammation subaiguë et circonscrite comme un œdème des nouveau-nés, ainsi que l'a fait Billard.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'endurcissement adipeux.*

ŒDÈME.	ENDURCISSEMENT ADIPEUX.
Affection *primitive*.	Affection *secondaire ;* souvent simple lésion cadavérique.
Peau *violacée*.	Peau *blanche* ou *marbrée*.
Tissus *souples ;* empreinte du doigt *promptement effacée*.	Tissus *durs*, empreinte du doigt difficile à produire, *très lente à s'effacer*.
On peut faire *glisser la peau* sur les parties sous-jacentes.	Peau comme *adhérente*.
A l'autopsie, écoulement d'une *sérosité abondante*.	*A l'autopsie*, tissu adipeux *compacte*.

2° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'érysipèle avec infiltration.*

ŒDÈME.	ÉRYSIPÈLE.
Envahissant successivement les membres et le tronc.	Occupant *d'abord les extrémités inférieures* ou l'*abdomen*.
Engourdissement général ; *pas de douleur*.	*Agitation ; douleur*.
Peau *violacée, mince*.	Peau *rouge, épaissie*.
Pas de fièvre.	*Fièvre* notable.

3° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'inflammation subaiguë avec infiltration séreuse.*

ŒDÈME.	INFLAMMATION SUBAIGUË.
Envahit *tout le corps*.	*Bornée à une partie peu étendue*, et surtout à la face.
L'infiltration *n'occupe que le tissu cellulaire sous-cutané*.	L'infiltration *occupe toute l'épaisseur des tissus*.

Pronostic. Le pronostic est ordinairement très grave. La maladie tend toujours à faire des progrès, et les altérations organiques augmentent sans cesse. De plus, les malades, ne prenant presque pas de boissons ni d'aliments, loin de se développer et d'acquérir des forces, languissent et s'affaiblissent continuellement. Il s'ensuit que la maladie est d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne.

Les enfants débiles, chétifs, et dont la poitrine se dilate mal, offrent bien moins de ressources que ceux qui sont assez forts, et dont la respiration paraît plutôt enrayée par la pléthore sanguine qu'empêchée par la faiblesse.

L'endurcissement adipeux survenant rend le pronostic des plus fâcheux ; mais cette circonstance est commune à toutes les maladies, puisque l'endurcissement adipeux est alors un phénomène de l'agonie.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'œdème des nouveau-nés a varié suivant les idées que les auteurs se sont faites de la nature de la maladie. Je crois qu'il est utile d'exposer séparément les principales médications qui ont été successivement adoptées. Je commencerai par le traitement recommandé par Andry et Auvity.

TRAITEMENT D'ANDRY ET AUVITY.

Ces auteurs commencent par les *fomentations* et les *fumigations émollientes*. Pour l'application des premières, on entoure l'enfant de flanelles trempées dans de l'eau de guimauve ou de mauve bien chaude. Les fumigations sont appliquées à tout le corps, soit en faisant arriver la vapeur sous les couvertures d'un petit lit dans lequel est placé l'enfant, soit à l'aide d'une petite boîte fumigatoire.

Aux fomentations émollientes on fait succéder les *lotions chaudes de sauge et de camomille* ; puis on passe aux *lotions* faites avec l'*alcool*, ou avec une *solution de sel marin*, de *savon*, etc. ; en un mot à des lotions avec un liquide excitant.

Ces premiers moyens ont pour but de ramollir la peau et d'exciter la transpiration.

Le traitement est terminé par l'application de *vésicatoires aux jambes*, qui ont une double action : 1° celle de dériver la congestion cérébrale ; 2° celle de faire écouler la sérosité que les autres moyens ont rendue liquide.

Ce traitement, comme on le voit, est fondé sur cette idée que la maladie est due à un arrêt de la transpiration et à la coagulation des sucs séreux. J'ai fait voir plus haut qu'elle n'est pas fondée. Il n'en faut pas conclure, d'une manière absolue, que les lotions, et surtout les lotions excitantes, n'ont aucun effet favorable. Elles peuvent, au contraire, être utiles en relevant la température et en excitant les fonctions engourdies ; mais nous ne connaissons pas de faits hors de toute contestation dans lesquels elles aient réussi d'une manière évidente, et, y en eût-il, il faudrait encore rechercher quels sont ces faits ; car, dans les considérations générales que je présenterai plus loin sur le traitement de cette affection, on verra qu'il est des cas si légers, que de leur guérison on ne peut rien conclure relativement à l'efficacité du traitement.

M. Troccon, qui croyait à l'existence d'une pneumonie, a notamment conseillé l'application d'*une ou deux sangsues* à la base de la poitrine. Ce moyen a une utilité incontestable, mais ce n'est pas en combattant la pneumonie qu'il agit favorablement ; car, dans tous les cas connus où une pneumonie est venue réellement compliquer l'affection, les sujets ont succombé. MM. Léger et Dugés ont employé les émissions sanguines de la même manière que M. Troccon.

De plus, le dernier de ces auteurs conseille les *bains de vapeur*, qui ont été préconisés par plusieurs autres médecins, et qu'on a crus si utiles à une certaine époque, qu'on avait, aux Enfants-Trouvés de Paris, disposé un appareil uniquement destiné à donner des bains de vapeur aux nouveau-nés œdématiés. Des accidents graves, tels que des congestions cérébrales, des apoplexies cérébrales et méningées, en furent, suivant ceux qui les essayèrent, la fâcheuse conséquence. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on les abandonna bientôt et qu'on n'y a plus recours aujour-

d'hui. D'ailleurs n'oublions pas que c'est presque toujours parce qu'on a cru que la sérosité est épaissie et même coagulée qu'on a employé, pour le liquéfier, le moyen dont je viens de parler. C'était là le but que se proposaient Andry et Auvity, et c'était aussi celui que voulait atteindre M. Marzaré (1), qui, encore en 1826, recommandait de réchauffer par ce moyen les parties malades, afin de les *ramollir*. Les bains de vapeur, si l'on s'en rapporte aux renseignements peu précis qui nous ont été fournis de vive voix, ne doivent être employés qu'avec précaution, et leur utilité n'est pas plus grande que celle des moyens précédents.

Suivant Billard, il suffit d'*envelopper les enfants de vêtements de laine*, pour voir une vapeur épaisse s'échapper des langes et du corps des petits malades, et cette transpiration exagérée procurer la guérison. J'ai vu envelopper beaucoup de nouveau-nés œdémateux dans d'épaisses couvertures de laine, et j'ai toujours trouvé leur peau sèche. Je pense que Billard aura fait mention de cas exceptionnels.

M. Denis, qui croyait à l'existence d'une gastrite, conseillait l'*application d'une ou deux sangsues à l'épigastre* et l'usage interne des mucilagineux. C'était le traitement ordinaire de la gastrite mis en usage, dans tant de cas divers, à l'époque où écrivait l'auteur. Il me suffit de mentionner cette médication.

Déplétion sanguine. Je donne ce nom à la médication qui a pour but principal de désemplir les vaisseaux énormément distendus par suite de la stase du sang, et de rendre par là une assez grande énergie à la circulation entravée.

Il est évident que l'application des sangsues, précédemment indiquée, a eu le résultat dont il est question, quel que soit d'ailleurs le but que les auteurs se proposaient d'atteindre ; mais ils ont rapporté le succès, lorsqu'ils l'ont obtenu, non à la déplétion sanguine, mais à la disparition d'une prétendue inflammation qui n'existe pas, ou qui n'est que secondaire. Palletta employait plus hardiment les émissions sanguines. Ce médecin, attribuant la maladie à une forte congestion du foie, appliquait les sangsues dans l'unique but de dégager cet organe ; mais il ne pouvait le faire sans faire cesser l'engorgement sanguin général, et de là ses succès, qui, si tous les faits ont été bien rigoureusement observés, sont des plus remarquables; car il rapporte que, sur quarante-trois malades, il en a guéri quarante-deux. Ce que j'ai dit plus haut du pronostic suffit pour faire comprendre combien ce résultat est extraordinaire. Après Palletta, personne malheureusement n'en a obtenu de semblable, et la mortalité a continué à être très grande, même dans les cas où l'on a eu recours à l'application des sangsues. Peut-être Palletta a-t-il eu affaire principalement à des cas très légers qui guérissent sans presque aucun traitement, ainsi que nous le verrons plus loin. Mais quelle que soit notre explication, il n'en faut pas moins reconnaître que ce médecin habile n'a pas pu s'en laisser imposer dans tous les cas ; qu'il y en a eu, au contraire, un bon nombre qui étaient dans les conditions favorables à une bonne expérimentation, et dès lors les faits qu'il cite ont une importance réelle. « Chez les enfants un peu forts, dit Palletta, une seule application de deux sangsues suffit ordinairement ; mais chez les faibles, chose digne de remarque, il faut y revenir deux et même trois fois ! »

Lorsque je faisais mes *recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, je pus appliquer plusieurs fois les sangsues dans le but de produire une déplétion

(1) *Revue médicale*, 1826

sanguine. J'ai cité ailleurs (1) plusieurs cas dans lesquels des enfants fortement atteints ont été rendus à une santé parfaite par ce moyen. De son côté, M. Mondière (2), ayant à traiter une petite fille chez laquelle l'œdème était survenu le lendemain de sa naissance, le vit disparaître promptement après l'application de quatre sangsues à la base de la poitrine. Enfin, lorsque j'étais chargé de l'inspection médicale des enfants à la Direction des nourrices, j'obtins la guérison complète d'un œdème assez considérable par l'application d'une seule sangsue à l'anus. J'ai rapporté ce cas avec détail (3).

Les faits que je viens de citer prouvent que la déplétion sanguine est un moyen très utile contre l'œdème des nouveau-nés; mais, pour qu'elle ait tout son effet, il faut que la faiblesse congénitale ne soit pas trop grande. J'ai rapporté plusieurs cas dans lesquels elle n'a pas eu un succès complet, parce que l'enfant était trop faible, et d'autres où elle a complétement échoué, parce que cette faiblesse était extrêmement considérable. Avant donc de juger son efficacité, il faut tenir compte de l'état des enfants.

M. Roger, dans ses intéressantes recherches sur la température dans les maladies, ayant principalement égard au refroidissement remarquable que présentent les enfants, et considérant que, d'après les expériences de M. Chossat (4), le défaut d'aliments est une des causes les plus puissantes de l'abaissement de la température, a été porté à conseiller en première ligne une *riche alimentation* aidée par les moyens extérieurs de calorification. Il n'est pas douteux que ce moyen ne soit très utile; mais, avant d'y recourir, il faut mettre en usage la déplétion sanguine qui, donnant à l'enfant une vigueur suffisante, le met en état de profiter de cette alimentation. Ce qui le prouve, c'est que l'on voit tous les jours, chez des enfants à qui l'on a donné du lait en abondance, le refroidissement et l'œdème persister. Il est évident que la meilleure alimentation qu'on puisse donner à ces enfants est le lait d'une bonne nourrice, car c'est là le seul aliment qu'ils puissent bien digérer.

Restent maintenant certains moyens qu'il suffit d'indiquer, parce que rien ne prouve qu'ils aient été appliqués à des cas bien déterminés, et qu'ils aient une grande efficacité. Tel est d'abord l'emploi de la décoction de *quinquina* avec addition de quelques gouttes d'*acétate d'ammoniaque*, conseillée par le docteur Cederschjœld (5). Je citerai ensuite la *potion cordiale* recommandée par Chaussier (6), dans laquelle entrent l'*eau de menthe*, l'*eau de mélisse* et l'*eau de cannelle;* puis les *frictions avec l'alcool térébenthiné* (Pritschaft), et les *frictions mercurielles* (7). Quant au *sublimé corrosif*, que recommande Feiler, je ne crois pas qu'on ait aucun motif de l'administrer.

Résumé. De tout ce qui précède il résulte que l'application des sangsues, faite dans le but de déterminer une déplétion sanguine, est le moyen le plus efficace qu'on ait employé, et par là s'expliquent les succès obtenus par ce moyen dirigé contre de prétendues inflammations. Une conséquence pratique qu'il faut tirer des

(1) *Clin. des malad. des enfants nouv.-nés.*
(2) *Journ. hebdomadaire de méd.*, 1836, t. XIII, p. 240.
(3) *Bull. gén. de thér.*, t. XXXVIII, p. 408, 1845.
(4) *Rech. expérim. sur l'inanition.* Paris, 1843, in-4.
(5) *Ars Beraet. on svenska Laek.*, etc. Stockholm, 1825.
(6) *Dict. des sciences méd.*, t. LV.
(7) A.-G. Richter, *Spec. ther.* Berlin, 1821, t. II.

faits précédemment cités, c'est que les sangsues doivent être appliquées dans le lieu le plus convenable pour opérer cette déplétion, et ce lieu est le siége. N'oublions pas que, dans un cas assez grave, une seule sangsue, appliquée dans ce point, a suffi pour dissiper tous les symptômes.

Il est évident que la chaleur extérieure, le séjour dans une salle bien chaude, sont des moyens adjuvants d'une grande utilité. On doit par conséquent entourer l'enfant de laine, le frictionner avec une flanelle chaude, etc. J'ai remarqué, et c'est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue, quand on veut apprécier l'action d'un traitement quelconque, que, dans les cas très légers, *le séjour dans un lieu chaud suffit pour rendre aux enfants toute leur énergie*, et pour faire disparaître tous les symptômes. Il est évident que si l'on faisait des expériences sur des cas semblables, on réussirait avec tous les moyens. N'y en avait-il pas un certain nombre de ce genre dans ceux qu'a rapportés Palletta? Toujours est-il que tout se réunit pour prouver que l'élévation de la température par les moyens artificiels a une efficacité incontestable.

Enfin, on doit veiller à ce que l'enfant ait une bonne alimentation, c'est-à-dire, comme je l'avais dit ailleurs (1), et comme je l'ai répété plus haut, le lait d'une bonne nourrice. Ce *régime* complète le traitement de l'œdème des nouveau-nés.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Fomentations, fumigations émollientes, excitantes; vésicatoires aux jambes (Auvity); traitement antiphlogistique; bains de vapeur; chaleur; déplétion sanguine; riche alimentation; toniques; excitants; frictions térébenthinées, mercurielles; deutochlorure de mercure (Feiler).

ARTICLE II.

ANASARQUE.

Si, à l'exemple des autres auteurs, je voulais m'occuper, dans un même article, de toutes les affections dans lesquelles se produit l'anasarque, et des particularités qu'elle présente dans ces diverses affections, je devrais entrer dans un très grand nombre de détails. Mais, je l'ai déjà dit plusieurs fois, et je dois le répéter ici, cette manière d'envisager les maladies n'est pas celle qui convient au praticien. Pour lui, en effet, il ne s'agit pas de savoir quelle est la valeur de tel ou tel symptôme considéré en général, mais de connaître la manière dont les divers symptômes s'enchaînent pour produire une maladie, et leur valeur dans cette maladie déterminée. Or, quant à l'anasarque qui se produit dans le cours de diverses maladies particulières, j'en ai déjà traité dans plusieurs chapitres de cet ouvrage (2), et j'aurai à en parler encore dans d'autres articles (3); je n'ai, par conséquent, à m'occuper ici que de l'*anasarque primitive* ou *idiopathique*, affection rare, généralement très peu grave, et dont il suffira de donner la description en peu de mots.

Je ferai d'abord observer que, à mesure que la pathologie fait des progrès, les

(1) *Clin. des malad. des enfants nouv.-nés*, p. 664.
(2) Voy. *Maladies du cœur*; *Maladie de Bright*.
(3) Voy. *Scarlatine*, etc.

cas d'anasarque primitive ou idiopathique deviennent de plus en plus rares; c'est à tel point, qu'il est des médecins qui, dans une assez longue pratique, n'en ont jamais vu d'exemples.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne les noms d'anasarque primitive ou idiopathique à l'infiltration presque toujours très rapide de tout le corps, qui n'est la conséquence d'aucune autre maladie.

Comme les autres espèces d'anasarque, cette affection a reçu les noms de *leucophlegmasie*, *hydropisie générale*, *hydroderma*, *hydrosarca*.

§ II. — Causes.

J'indiquerai, en parlant des lésions anatomiques, quelles sont les conditions organiques auxquelles on a cru pouvoir rapporter l'anasarque idiopathique. Je ne veux m'occuper ici que de l'étiologie pure et simple. Or cette étiologie, nous ne la connaissons pas d'une manière très précise, parce que les observations que nous possédons ayant été généralement prises à une époque où l'on n'avait pas étudié toutes les lésions dont l'anasarque peut être la conséquence, il est plus que probable qu'on a pris très souvent pour des anasarques primitives des anasarques consécutives.

Et d'abord nous devons dire que nous ne savons rien sur les *causes prédisposantes*. M. Copland, il est vrai, a dit que les *nègres* sont principalement sujets à cette affection lorsqu'ils passent dans un climat froid; mais on n'est pas parfaitement fixé sur la nature de l'anasarque que présentent ces sujets en pareille circonstance.

Quant aux *causes occasionnelles*, celles qui sont indiquées par les auteurs, plutôt d'après des idées théoriques que d'après l'étude des faits, sont les suivantes: l'*action du froid* sur le corps couvert de sueur; l'exposition plus ou moins prolongée au *froid et à l'humidité;* l'*ingestion de boissons glacées*, après un exercice actif, dans les grandes chaleurs de l'été. On voit que ces diverses causes n'en font en réalité qu'une seule dont l'effet est la *suppression de la transpiration*. On sent combien il serait important d'avoir un certain nombre de faits non contestables, à l'aide desquels on pût étudier cette question, ce qui sera toujours difficile à cause de la rareté de l'affection.

§ III. — Symptômes.

Ici encore nous éprouvons la même difficulté. Cependant, comme nous connaissons quelques cas dans lesquels l'anasarque s'est produite très rapidement sans lésion organique appréciable, nous pouvons donner une description assez satisfaisante des phénomènes qui se produisent.

Début. Le début de l'anasarque idiopathique est presque toujours très rapide. J'insiste sur ce point, parce qu'il est important pour le diagnostic. Par cela seul, en effet, que l'œdème général se produit lentement, on peut déjà présumer qu'il est sous la dépendance d'une lésion organique, et principalement d'une lésion du cœur ou des reins. C'est même une question qui n'est pas résolue, que celle de savoir s'il peut exister une anasarque idiopathique à marche lente. Je sais bien

qu'on en a cité des exemples, principalement chez des individus soumis pendant longtemps à l'action du froid humide, et qu'on a attribué la maladie à une altération du sang; mais, si l'on examine les faits, on voit qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on ne connaissait pas la maladie de Bright, qui donne le plus souvent lieu à ces anasarques, ou qu'on ne la connaissait qu'imparfaitement, et, d'ailleurs, cette altération du sang est pour nous une condition organique suffisante pour que nous ne nous occupions pas, dans cet article, de cas semblables (1).

Quelquefois l'affection se manifeste sans aucun symptôme précurseur, de telle sorte que le sujet se trouve tout à coup gêné dans ses vêtements, sans s'être encore douté qu'il était malade. Plus souvent le malade éprouve pendant plusieurs heures, ou même quelques jours, des frissons plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, irréguliers, avec des alternatives de chaleur et de la céphalalgie. Souvent aussi il a une soif inaccoutumée et de l'anorexie. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses; il y a de la constipation. Suivant Abercrombie et le docteur Copland, la gêne de la respiration est ordinairement le plus remarquable des symptômes précurseurs, ou plutôt des premiers symptômes de la maladie, car la dyspnée dépend de l'œdème des poumons, qui est le commencement de l'anasarque. C'est un sujet de recherches pour les observateurs.

Symptômes de la maladie confirmée. Il est rare qu'il y ait de la *douleur* dans l'anasarque idiopathique, et lorsque les malades se plaignent de souffrir, ils accusent plutôt une *tension incommode* des parties promptement distendues qu'une véritable douleur; je ne parle pas ici de la céphalalgie due au mouvement fébrile.

Le *gonflement* que présentent les parties infiltrées peut être considérable, mais il le devient rarement autant que dans les cas où l'infiltration est due à une cause organique. Ce gonflement est surtout considérable aux parties où se trouve un tissu cellulaire lâche : ainsi aux paupières, aux testicules, au prépuce.

La *peau* qui recouvre les parties tuméfiées présente une coloration diverse dans les diverses circonstances. Si l'anasarque s'est produite très rapidement et avec un mouvement fébrile marqué, la peau est rouge, ou du moins rosée; on l'a vue quelquefois bleuâtre ou couverte de sugillations; dans le cas contraire, elle peut être blafarde; mais je dois répéter ici que, dans ces derniers cas, il est douteux qu'on ait eu affaire à une anasarque primitive ou idiopathique.

Si l'anasarque persiste, et surtout si elle fait des progrès, le tégument perd sa couleur rouge ou rosée, il pâlit, et les parties les plus infiltrées, celles où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche, deviennent demi-transparentes.

Parfois toutes les parties du corps s'infiltrent à la fois; nous devons même dire que ce sont les cas de ce genre qui doivent être principalement considérés comme des cas d'anasarque primitive. D'autres fois, au contraire, on a vu les diverses parties se prendre successivement, et, suivant Dance, en pareille circonstance, l'anasarque commence par les pieds, puis envahit les jambes et les cuisses, les parties génitales, les bras, la face, et enfin le tronc. Dans certains cas néanmoins, on a vu l'œdème général commencer par les parties supérieures. Des recherches ultérieures, faites avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, pourront seules nous apprendre ce qu'il faut penser de ces derniers exemples.

(1) Voy. *Anémie*.

L'empreinte que conservent les téguments, lorsqu'on a exercé sur eux la pression avec l'extrémité du doigt, est très différente, suivant que l'anasarque s'est produite avec rapidité ou avec lenteur. Dans le premier cas, une pression forte ne produit qu'un léger enfoncement qui s'efface avec promptitude, tandis que, dans le second, l'empreinte est facile, profonde, et s'efface lentement. C'est du reste ce qui a lieu dans toutes les espèces d'œdème.

En même temps qu'on observe ces symptômes, on constate l'existence de *phénomènes généraux* qui le plus souvent ne sont autres que ceux que j'ai décrits plus haut sous le nom de symptômes précurseurs. Dans les premiers temps, on note la chaleur, la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, la gêne de la respiration, l'anorexie, la soif, la constipation, la courbature. Plus tard, si la maladie ne tend pas à la résolution, ces symptômes aigus s'apaisent plus ou moins, ils font place à une langueur marquée de toutes les fonctions, et l'amaigrissement, qui d'abord a pu être masqué par l'infiltration, devient évident.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme je l'ai dit plus haut, la marche de la maladie est presque toujours rapide. On voit l'anasarque s'établir quelquefois en quelques heures dans tous les points qu'elle doit occuper. Elle disparaît aussi avec rapidité, ou du moins, dans les cas où elle persiste, il n'est pas certain qu'elle soit idiopathique. Aussi peut-on dire d'une manière générale que sa *durée* est courte.

La *terminaison* de cette affection est presque constamment heureuse, et si nous ne disons pas constamment, c'est qu'on a mentionné quelques cas où il n'en a pas été ainsi ; mais ces cas sont de ceux dans lesquels il est douteux que l'affection soit primitive.

Dans les cas de mort attribués à l'anasarque idiopathique, on a surtout constaté des *symptômes cérébraux* consistant principalement dans la stupeur et le coma.

Si l'anasarque a été considérable et a persisté pendant un certain temps, la peau, trop distendue, présente, après la guérison, des vergetures plus ou moins marquées ; dans le cas contraire, c'est-à-dire dans presque tous les cas d'anasarque idiopathique, la peau n'a subi qu'une distension médiocre et rapide, et il ne reste aucune trace de la maladie.

§ V. — Lésions anatomiques, nature de la maladie.

J'ai peu de chose à dire des lésions anatomiques. Les seules, en effet, qu'on puisse trouver dans l'anasarque idiopathique, sont la distension des cellules du tissu cellulaire, et principalement du tissu cellulaire sous-cutané, et la pénétration de ce tissu par la sérosité.

Les mailles du tissu cellulaire sont parfois tellement distendues qu'on a peine à les retrouver. La couche sous-cutanée est épaisse, tremblante, transparente. Lorsqu'on l'incise, elle laisse écouler de la sérosité ordinairement limpide et peu colorée, quelquefois jaunâtre. Ces altérations pénètrent dans l'interstice des muscles, dans certains organes parenchymateux, comme dans le poumon. Enfin on trouve de la sérosité épanchée en plus ou moins grande quantité dans les cavités séreuses, et notamment dans les ventricules cérébraux.

Telle est la description de l'anasarque primitive. Si je n'ai pas insisté davantage

sur des détails qui tiennent une assez grande place dans les autres auteurs, c'est que je me suis assuré qu'ils se rapportent à l'anasarque en général, et non à l'anasarque particulière dont je m'occupe ici. Et d'un autre côté, quand on veut mettre en œuvre les observations publiées sous le titre d'*hydropisie essentielle*, on se trouve arrêté par cette considération que j'ai plusieurs fois présentée, parce qu'elle est capitale, savoir que depuis qu'on connaît mieux ce point de pathologie, l'anasarque idiopathique ne s'est plus, comme autrefois, présentée fréquemment à l'observation.

Nature de la maladie. Je ne dirai qu'un mot de cette question, quoiqu'elle ait soulevé d'assez vives discussions. Suivant un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Dance et M. Bouillaud, l'anasarque primitive ou active est le résultat d'une inflammation des aréoles cellulaires. Cette manière de voir n'est pas soutenable, car les lésions décrites ne présentent rien d'inflammatoire. Lobstein rapporte l'infiltration à une modification de vitalité des vaisseaux exhalants, due elle-même à un influx nerveux; d'autres ont admis une gêne de la circulation lymphatique. Ce qui résulte de la lecture de toutes ces théories, c'est qu'aucune n'est appuyée sur une démonstration de quelque valeur, et par conséquent nous ne devons pas nous y arrêter plus longtemps.

§ VI. — **Diagnostic, pronostic.**

Il est évident que le diagnostic absolu de la maladie n'offre aucune difficulté. Au premier examen, le médecin s'aperçoit de l'existence de l'anasarque. Peut-être pourrait-on éprouver un moment d'hésitation, et croire à l'existence d'un *emphysème général*, surtout si le malade disait avoir fait un effort considérable; mais la rareté de l'emphysème, la crépitation qu'il fait éprouver sous la pression, la non-persistance de l'empreinte produite par le doigt, ne laissent bientôt plus aucun doute, tandis que ce dernier signe suffit pour faire reconnaître l'existence de l'infiltration.

Mais ce qui importe, c'est de rechercher si l'anasarque est réellement idiopathique ou symptomatique d'une affection plus ou moins grave. Pour arriver à ce diagnostic, il faut connaître les affections qui donnent lieu à l'anasarque : parmi celles que nous avons déjà étudiées, se trouvent les *maladies du cœur* et la *maladie de Bright*. Je renvoie le lecteur aux articles consacrés à ces maladies; il y trouvera tous les détails nécessaires pour la solution de la question. J'ajouterai seulement ici quelques mots pour faire connaître un fait qui prouve qu'on ne doit pas se hâter de regarder l'anasarque comme idiopathique. M. Louis a vu, il y a peu de temps, une anasarque se produire avec une assez grande rapidité. Les urines, examinées pendant plusieurs jours, ne présentaient pas la moindre trace d'albumine; et, d'un autre côté, on ne trouvait aucune altération organique qui rendît compte de l'infiltration. Mais, le sixième ou le septième jour, l'albumine parut dans les urines, et dès lors l'existence de la maladie de Bright fut confirmée. Si l'on s'en était tenu au premier examen, on eût méconnu la nature de la maladie.

Nous aurons, plus tard, à nous occuper de la *scarlatine*, dans la convalescence de laquelle se développe une anasarque qui a dû maintes fois être prise pour une anasarque idiopathique, et c'est ce qui me fait insister sur ce point, en attendant que nous décrivions la maladie éruptive. Il arrive parfois que des sujets ont un mouvement fébrile marqué, avec une éruption légère, limitée à quelques points, et qui passe inaperçue. Si l'on n'examine pas attentivement le malade, si l'on n'a pas

soin de rechercher la desquammation, et si l'anasarque se déclare dans ces circonstances, on prend les symptômes du mouvement fébrile précurseur de l'éruption pour des prodromes de l'anasarque, et l'on regarde celle-ci comme idiopathique. Les mêmes réflexions s'appliquent aux autres affections exanthémateuses dont nous nous occuperons plus loin.

Si, jusqu'à présent, je n'ai pas parlé de l'*anasarque par altération du sang*, c'est qu'il n'est pas encore parfaitement démontré que cette anasarque soit primitive. Dans beaucoup de cas d'hydropisie, en effet, on a constaté la diminution de l'albumine et des autres matériaux solides du sang qui devient plus aqueux ; mais cet état du sang est lui-même sous la dépendance d'une autre affection. Il n'y aurait que l'*anasarque par pléthore* qu'on pourrait regarder comme identique avec celle que nous venons de décrire ; mais la pléthore est une cause d'anasarque dont l'existence n'est pas encore parfaitement mise hors de doute.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'anasarque idiopathique est des plus simples ; on peut l'exposer en quelques mots.

Émissions sanguines. Tous les auteurs sont d'accord sur l'utilité et même sur la nécessité des émissions sanguines dans les cas où l'affection a pour symptômes généraux la chaleur de la peau et un certain mouvement fébrile. C'est à la *saignée générale* qu'on a presque exclusivement recours. Chez les enfants, on peut appliquer un plus ou moins grand nombre de *sangsues à l'anus*, selon l'âge. Suivant Dance, il faut prendre garde de dépasser certaines limites dans l'emploi des émissions sanguines, car on courrait risque de voir la maladie prendre une marche chronique. Les faits auxquels fait allusion cet auteur ne sont-ils pas des cas de maladie de Bright méconnus ?

Diurétiques. Les diurétiques tiennent naturellement une grande place dans le traitement de l'anasarque. On prescrit ordinairement le *nitrate de potasse*, dans la décoction de *chiendent* ; mais, tandis que, avant ces derniers temps, on craignait de dépasser la dose de 1 gramme ou 1 gramme et demi, on donne aujourd'hui ce médicament jusqu'à la dose de 12, de 20, de 30 grammes, et même plus, comme dans le rhumatisme articulaire. Ces dernières doses sont exagérées. Rien ne prouve qu'elles soient utiles, et certains faits dont je dirai un mot plus loin font croire qu'elles n'ont pas toute l'innocuité qu'on leur a supposée. On prescrit aussi l'*acétate de potasse* à la dose de 2, 4 et 6 grammes : la décoction de la racine de *fraisier*, l'infusion de *pariétaire*, etc.

Sudorifiques. Les sudorifiques sont aussi d'un usage ordinaire, mais ce sont les sudorifiques externes qu'il faut employer : ainsi les *bains de vapeur*, les *fumigations de baies de genièvre*, les *bains de sable chaud*. M. Serre (d'Alais) a recommandé récemment un moyen bien simple : il consiste à envelopper des *fragments de pierre à chaux* dans un linge mouillé qu'on entoure d'un linge sec, et à les placer, ainsi disposés, à la plante des pieds et sur chaque côté du corps. Je n'ai pas eu occasion d'employer ce moyen dans des cas d'anasarque idiopathique ; dans un cas d'anasarque par maladie de Bright, je l'ai vu échouer.

Viennent ensuite les *purgatifs*, qu'il suffit de désigner en faisant remarquer

seulement qu'on a presque exclusivement recours aux purgatifs doux (*manne, casse, tamarin, huile de ricin, crème de tartre, eau de Sedlitz*). Et enfin, si ces moyens ne réussissent pas, ce qui est bien rare, et si la maladie a perdu son caractère aigu, on peut avoir recours à l'application de *larges vésicatoires* sur les points les plus infiltrés et qui offrent une surface convenable.

J'ajoute l'indication d'un traitement que M. Serre d'Alais (1) dit lui avoir *toujours réussi*, dans l'anasarque, *quelle que soit sa nature*. Ce traitement consiste dans la *diète sèche, lactée et l'usage de l'oignon*. Pendant un mois à peu près le malade doit s'abstenir de toute boisson, il doit se contenter de trois soupes au lait par jour et d'un peu d'oignon qu'il mange avec un peu de pain pour terminer son repas. Toute autre boisson, je le répète, et tout autre aliment sont interdits. L'amélioration commence habituellement après huit jours, et la cure est terminée en un mois environ. C'est aux praticiens à juger de l'efficacité de ce traitement qui est très facile. M. Serre, d'Alais, cite cinquante-huit cas de guérison, et il ajoute que la condition nécessaire au succès, est l'existence de l'œdème des membres abdominaux et la diminution des urines, qu'elles contiennent ou non de l'albumine. Ces faits méritent d'être pris en considération.

Je ne peux terminer cet article sans faire observer une dernière fois combien il serait nécessaire, pour éclairer les questions que nous avons soulevées, d'avoir des observations nouvelles, prises avec connaissance de cause et avec tout le soin qu'on apporte aujourd'hui aux investigations pathologiques.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Parmi les maladies de l'appareil locomoteur qui appartiennent à la pathologie interne, nous en trouvons qui ont une grande importance, soit par leur intensité, soit par leur fréquence. Ce sont : le *rhumatisme articulaire*, la *goutte* et le *rhumatisme musculaire*. C'est aussi sur ces affections que j'insisterai principalement. Mais avant de les aborder, je dois dire quelques mots d'une maladie encore peu connue et dont l'existence est pour ainsi dire mise en doute : c'est l'*arthrite simple et spontanée*, que les auteurs de pathologie interne ont passée sous silence, ou plutôt confondue avec le rhumatisme articulaire, dont néanmoins elle diffère complétement, suivant les observations que j'ai recueillies (2).

ARTICLE Ier.

ARTHRITE SIMPLE AIGUE.

On chercherait vainement dans la science des travaux nombreux sur cette affection. J'ai indiqué plus haut la cause de cette pénurie. Les chirurgiens ont dit quelques mots de l'inflammation qui se manifeste spontanément dans les articulations ; mais n'ayant pas distingué avec tout le soin nécessaire cette espèce de toutes

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 juillet 1853.
(2) Voy. *Mémoire sur l'arthrite simple* (*Union méd.*, 14 janvier, 2 et 6 février 1847).

les autres, ils n'ont pas donné à leur description le degré de précision désirable. J'ai déjà cité le travail récent dans lequel je me suis efforcé de jeter quelque jour sur cette question importante ; j'ai, dans ce mémoire, rapporté plusieurs observations détaillées que j'aurai à rappeler dans cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom d'*arthrite simple aiguë* à une inflammation articulaire survenue spontanément, restant fixe dans une ou plusieurs articulations, donnant lieu à une fièvre ordinairement intense, et laissant pendant un temps toujours assez long des traces de son existence. On verra dans la suite de cet article, comment cette définition sera justifiée.

On donne encore à cette maladie les noms d'*inflammation des articulations* et d'*arthritis*.

La fréquence de l'arthrite simple aiguë est beaucoup moins grande que celle du rhumatisme articulaire, et cette proposition est vraie, surtout pour certaines articulations que j'indiquerai plus loin.

§ II. — Causes.

Les causes de cette affection ont nécessairement été très peu étudiées. Pour ma part, n'ayant réuni qu'un nombre d'observations limité, je ne peux pas donner sur ce point des renseignements très précis.

Relativement aux *causes prédisposantes*, je dirai seulement que, sur cinq cas dont j'ai recueilli avec soin l'observation, quatre ont été observés chez des hommes de vingt à quarante ans, et un chez une femme de soixante-quatre ans.

Quant aux *causes occasionnelles*, je n'ai rien à en dire de positif. Dans les cas que j'ai observés, je n'ai pas pu en constater d'évidentes. On a avancé, il est vrai, que la maladie est produite par l'*impression du froid*, *le corps étant en sueur*, par l'exposition à la pluie, au froid humide, par le séjour dans un lieu humide ; mais toutes ces causes, qu'on a également attribuées au rhumatisme articulaire, n'ont pas été positivement constatées dans des cas d'arthrite simple aiguë bien déterminés.

On peut, à la rigueur, considérer comme des arthrites simples les cas dans lesquels l'inflammation de l'articulation survient dans le cours d'une *blennorrhagie*, ou à la suite du *cathétérisme*, comme les chirurgiens, et M. Velpeau en particulier, en citent des exemples.

§ III. — Symptômes.

Je crois devoir tracer la description des symptômes à l'aide des faits que j'ai observés attentivement, parce que je n'en trouve pas d'autres qui me présentent tous les détails nécessaires. J'aurai soin, chemin faisant, d'indiquer les particularités signalées par les auteurs.

Début. D'après les faits que j'ai consultés, le début de l'arthrite simple aiguë est marqué par un état général plus ou moins remarquable. Tantôt c'est un simple malaise, avec céphalalgie, courbature et anorexie ; tantôt ce même malaise, et de plus des frissons répétés, ou un frissonnement presque continuel. Je n'ai pas encore vu cette affection avoir pour premier symptôme un frisson intense. Parfois c'est la douleur qui ouvre la scène, puis les phénomènes généraux se déclarent ; mais si

les faits ultérieurs viennent confirmer ce que j'ai vu, le début par des phénomènes locaux est beaucoup plus rare dans l'arthrite simple aiguë que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Symptômes de la maladie confirmée. La *douleur* qui occupe l'articulation est très rapidement intense ; au bout de quelques heures, non seulement les mouvements imprimés à l'article causent une vive souffrance, mais encore la pression est très douloureuse. En outre, lorsque la maladie occupe certaines articulations, et principalement l'épaule, qui, comme nous le verrons plus tard, est le siége de prédilection de cette affection, le décubitus, quel qu'il soit, est très difficile.

L'*articulation enflammée* est chaude, et offre une rougeur prononcée. Le gonflement est plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce qui le prouve, c'est que lorsque l'arthrite occupe l'épaule, on constate facilement une augmentation notable du volume de cette articulation, tandis qu'il résulte des recherches de MM. Chomel et Louis que, dans le rhumatisme articulaire, l'épaule ne paraît nullement gonflée, alors même que les douleurs y sont excessivement intenses.

Il est très difficile de dire, quand on considère certaines articulations en particulier, s'il y a un *épanchement* dans l'articulation. Dans les ouvrages de chirurgie, on ne met pas en doute la formation du pus dans l'article, lorsque l'inflammation est très intense. Je suis loin de nier la possibilité du fait, car rien ne me paraît plus facilement admissible que la *suppuration* d'une articulation occupée par une inflammation franche ; mais il serait bon d'avoir à ce sujet des observations bien précises. On sait, en effet, aujourd'hui, combien il est important d'observer attentivement les faits, pour s'assurer que l'arthrite est spontanée dans toute la force du mot, c'est-à-dire qu'elle n'est sous la dépendance ni d'une phlébite ni de l'épanchement dans l'article de la matière tuberculeuse formée dans les os, ni d'une fièvre puerpérale. Je me borne, par conséquent, à ajouter que, dans les cas où il en est ainsi, on a vu les tissus se corroder, les parois du foyer se détruire, une suppuration abondante se faire jour à l'extérieur, et les plus graves désordres se produire dans l'articulation.

Siége de la maladie. J'ai dit plus haut que le siége de prédilection de l'arthrite est une des deux épaules. C'est du moins ce qui résulte des faits que j'ai observés, car je n'ai jamais vu l'inflammation simple bien caractérisée occuper une autre articulation, si ce n'est dans le cours d'une blennorrhagie. Cependant d'autres observateurs l'ont vue fixée à une articulation coxo-fémorale, à un genou, à un pied.

M. Martin-Solon (1) a observé un cas d'arthrite blennorrhagique qui occupait cinq articulations à la fois. Les cas de ce genre sont très rares.

On a aussi mentionné des cas dans lesquels deux articulations ont été prises en même temps ; mais je n'en connais pas où l'arthrite simple en ait occupé un plus grand nombre.

On a noté l'existence, dans cette affection, de *douleurs lombaires* intenses ; mais ces douleurs lombaires ont ordinairement précédé l'inflammation de l'article. Je ne les ai pas constatées.

Dans les cas où, comme je l'ai dit plus haut, la maladie a présenté des sym-

(1) *Bull. gén. de thér.*, mai 1847.

ptômes précurseurs, ces symptômes font des progrès ordinairement considérables. La *fièvre* prend de l'intensité; le pouls est à 110, 120 pulsations, et quelquefois plus encore. La chaleur est vive. La céphalalgie augmente. Il y a un dégoût complet pour les aliments, de la soif, et généralement de la constipation. La douleur de l'articulation ayant un haut degré d'intensité, l'insomnie devient presque complète.

Cet état d'acuité dure quelques jours sans alternatives bien appréciables, puis la douleur se calme, les symptômes généraux s'apaisent, et bientôt le malade se sent parfaitement bien lorsqu'il n'imprime aucun mouvement à l'articulation; mais dès qu'il veut faire un mouvement, la douleur se réveille, et une roideur considérable se fait sentir dans l'article. Plus tard, la douleur devient moindre et la roideur domine; mais cette roideur est telle que les mouvements sont très bornés, et que si l'on veut les forcer, on cause au malade de très vives souffrances. Ce dernier état se dissipe beaucoup plus lentement que la gêne des mouvements qui succède au rhumatisme articulaire, et souvent, plusieurs mois après avoir complétement cessé de souffrir, les malades éprouvent la plus grande difficulté à exécuter des mouvements étendus; si, par exemple, ils ont une arthrite scapulaire, ils ne peuvent pas élever leur main jusqu'à leur tête, ils ont de la difficulté à se vêtir, etc. J'ai même vu des cas dans lesquels le traitement le plus persévérant a, pendant fort longtemps, échoué contre cet état de l'articulation, et tout un hiver j'ai gardé, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, un homme qui, à la suite d'une arthrite aiguë de l'épaule, est condamné à l'immobilité absolue du bras, sans que le traitement antiphlogistique le plus actif, les révulsifs, les dérivatifs, les fondants, les calmants, le repos absolu du bras, puis, en désespoir de cause, les mouvements forcés de l'articulation, aient fait autre chose que d'amener des améliorations passagères.

Tels sont les symptômes de l'arthrite simple aiguë; nous verrons tout à l'heure en quoi ils diffèrent du rhumatisme articulaire. J'ai cru devoir insister sur cette description, parce que les cas qui en font la base ne me paraissent pas avoir été convenablement étudiés, quoiqu'ils méritent de l'être. Les auteurs de pathologie externe ont généralement pensé que l'arthrite de cause externe leur fournissait le meilleur type d'arthrite simple, et c'est cette espèce qu'ils ont principalement décrite. Mais ils sont tombés dans l'erreur, comme les auteurs de pathologie interne y étaient tombés il y a quelques années à peine, lorsqu'ils prenaient pour point de départ de leur description de la gastrite, par exemple, l'inflammation de l'estomac produite par les poisons corrosifs. On ne saurait trop se pénétrer de cette vérité : qu'il n'y a qu'une analogie très éloignée entre les inflammations de cause externe et les inflammations de cause interne ou spontanée; et c'est pourquoi il était important de donner une description d'après des faits tels que ceux que j'ai observés.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La description précédente a fait connaître suffisamment la *marche* de la maladie. Elle est continue; aiguë d'abord, elle prend ensuite un caractère chronique plus ou moins marqué.

La *durée* de cette affection est généralement longue; il est rare qu'elle soit de

moins d'un mois, y compris la gêne et la roideur de l'articulation. Souvent elle est de plusieurs mois, d'une année, et plus, et parfois la maladie passe complétement à l'état chronique.

Je viens de dire que la *terminaison* a lieu quelquefois par le passage à l'état chronique. Sauf ces cas, on peut dire d'une manière générale que la terminaison est heureuse. Les auteurs de pathologie externe ayant, comme je l'ai dit plus haut, signalé des cas de suppuration de l'articulation, ont naturellement admis la terminaison par la mort, qui résulte fréquemment de cette suppuration. S'agit-il bien, dans ces cas, d'une arthrite simple? Pour ma part, je n'en ai pas vu de semblables.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de décrire les lésions anatomiques de l'arthrite simple, dont je viens de tracer l'histoire. Sans doute on peut, soit en se rappelant ce que l'on observe dans les cas d'inflammation des articulations produite expérimentalement chez les animaux, soit en ayant égard à ce qui se passe à la suite de violences graves sur les articles, se représenter l'état des parties malades dans l'arthrite simple spontanée; mais ce n'est pas là un résultat de l'observation, et il n'y aurait par conséquent aucune utilité à entrer dans des détails à cet égard.

J'ai à peine besoin d'ajouter que, dans les cas de suppuration de l'articulation, on trouve l'érosion, la destruction des cartilages et des surfaces osseuses, l'épaississement, la rigidité des téguments, leur destruction, etc. Ces lésions, qui doivent être étudiées dans les traités de chirurgie, sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On a dû pressentir, d'après tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, que le point le plus important du *diagnostic* consiste dans la distinction de l'arthrite simple aiguë et du *rhumatisme articulaire aigu :* c'est aussi ce point que je me propose de traiter particulièrement; mais je crois qu'il serait prématuré de le faire avant d'avoir présenté l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, et je renvoie le lecteur au diagnostic de cette maladie.

Je dirai seulement ici que, lorsqu'une articulation présente une inflammation évidente, il faut rechercher s'il n'y a pas eu une violence extérieure; s'il n'existe pas une phlébite; si les os qui concourent à former l'articulation n'étaient pas préalablement malades; car, ce qu'il importe surtout de constater, c'est si l'arthrite est simple et spontanée. Le diagnostic absolu est, en effet, tellement facile, que, si l'on excepte le rhumatisme articulaire, et peut-être aussi, dans quelques cas, le *rhumatisme musculaire*, comme on le verra plus loin (1), il n'est aucune affection qui ressemble à l'arthrite simple aiguë.

§ VII. — Traitement.

Les renseignements que nous possédons sur le traitement de l'arthrite aiguë sont nécessairement peu précis, parce que les auteurs n'ont pas cherché à déter-

(1) Voy. plus loin, l'article consacré au *Rhumatisme musculaire*, § VI, diagnostic.

miner exactement les cas; ce qui le prouve, c'est qu'ils se servent indifféremment des mots *arthrite aiguë*, *rhumatisme aigu*, *douleurs rhumatismales*, pour désigner la maladie. Or nous avons vu plus haut que les divers états pathologiques qui répondent à ces différents termes sont loin d'être identiques.

Émissions sanguines. Dans la période d'acuité, tous les médecins emploient les émissions sanguines, et en proportionnent l'abondance à l'intensité de l'inflammation. On doit avoir recours à la *saignée générale* plus ou moins répétée, aux applications de *sangsues* (25 ou 30 chaque fois), aux *ventouses scarifiées* (8 ou 10 à plusieurs reprises), jusqu'à ce que la douleur soit devenue moins vive et la fièvre moins violente.

L'usage des *narcotiques*, et principalement de l'*opium*, est formellement indiqué dans une maladie aussi douloureuse, et qui occasionne ordinairement une insomnie presque complète. L'opium doit être administré, à l'intérieur, à la dose de 5 à 15, 20 et 25 centigrammes progressivement, et en ayant soin d'en surveiller les effets. Des *cataplasmes laudanisés* ou faits avec la décoction de feuilles de *belladone*, de *datura stramonium*, sont maintenus sur la partie malade.

Pour compléter ce traitement calmant et antiphlogistique, on administre des boissons délayantes et émollientes, et l'on maintient le malade à une *diète sévère*.

Les *sudorifiques*, les *diurétiques* et les *purgatifs* ont été rarement administrés dans cette affection. Il nous est, par conséquent, impossible d'en apprécier les effets, et l'on ne peut, jusqu'à nouvel ordre, les conseiller que dans les cas particuliers dont chacun sera juge.

Au lieu d'employer les émollients et les calmants, on doit, suivant M. Bonnet (1), appliquer sur l'articulation malade des topiques excitants. Cet auteur rapporte des faits dans lesquels la douleur a été promptement calmée par l'emploi du *cataplasme de Pradier*, dont j'ai donné précédemment la formule (2), et par celui que conseille M. Trousseau, et qui est composé ainsi qu'il suit (3) :

℞ Mie de pain.................... } āā q. s. pour que la mie de pain ait la
Eau-de-vie camphrée............ } consistance d'un cataplasme.

Faites chauffer à une chaleur douce; versez à la surface du cataplasme :

Laudanum de Sydenham... 15 gram. | Extrait de belladone........ 8 gram.

Laissez ce cataplasme appliqué pendant quarante-huit heures.

Suivant M. Trousseau, ce cataplasme est principalement utile lorsque l'arthrite a son siége dans une articulation environnée de peu de parties molles.

M. Bonnet emploie encore avec succès les cataplasmes suivants :

℞ Farine de graine de lin....... Q. s. | Alcool saturé de camphre....... Q. s.

ou bien :

Farine..................... Q. s. | Vinaigre..................... Q. s.

Position des membres. Un autre précepte qu'il est très important de connaître,

(1) *Trait. des maladies des articulations.* Paris, 1845, 2 vol. in-8 et atlas. — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.* Paris, 1853, p. 151.
(2) Voy. art. *Angine de poitrine*.
(3) *Traité de thérapeutique*, t. II, 2ᵉ édit., p. 70.

c'est de maintenir l'articulation malade dans l'immobilité absolue. Ce précepte, sur lequel MM. Bonnet et Malgaigne ont insisté avec beaucoup de raison, est très important pour assurer une guérison rapide. Mais, même en partant de ce principe, il y a une assez grande différence dans la pratique des chirurgiens à cet égard. La plupart veulent que, pendant toute l'acuité de l'inflammation, on maintienne les muscles dans l'état de relâchement, ce que l'on fait, pour les genoux en particulier, à l'aide d'un double plan incliné. M. Bonnet recommande, au contraire, quelle que soit l'acuité de l'inflammation, de ramener et maintenir les membres dans la position qui, après la cure, et dans le cas d'une ankylose, est le plus favorable au rétablissement des fonctions. Ainsi, dans l'arthrite fémoro-tibiale, on doit, suivant ce chirurgien, étendre le genou, s'il est fléchi; dans la coxalgie aiguë, il faut redresser la cuisse, si elle est portée en dedans ou en dehors, etc. D'après plusieurs faits dont j'ai été témoin, je crois qu'il y a un peu d'exagération dans les craintes de M. Bonnet. Il est certain que, en mettant les muscles dans le relâchement, on calme bien plus promptement les douleurs, et si l'on a soin de ne pas attendre, pour ramener le membre dans la position convenable, que la roideur se soit rétablie, on y parvient facilement.

Lorsque la douleur a notablement diminué, on peut, à l'aide de bandelettes de diachylum, appliquer, comme le recommande M. Velpeau, une *compression méthodique*, qui dissipe promptement le reste de la douleur et de l'inflammation. C'est aux genoux, aux pieds, aux coudes et aux poignets que cette compression est particulièrement applicable.

A l'époque où la douleur est complétement dissipée, et où il ne reste plus qu'une gêne, une roideur plus ou moins grandes de l'articulation, on peut mettre en usage d'autres moyens. J'ai eu recours aux *larges vésicatoires*, pansés ou non avec l'*onguent mercuriel*. J'ai fait donner des *douches de vapeur* sur l'articulation malade; mais je n'y ai pas eu recours assez de fois pour pouvoir apprécier rigoureusement l'efficacité de ces moyens.

J'ai fait aussi couvrir l'articulation malade d'un large *emplâtre de Vigo cum mercurio;* et, comme je l'ai dit dans le mémoire cité plus haut (1), soit que la maladie tendît naturellement à la guérison, soit que ce fût un résultat de cette application, tous les malades ont déclaré éprouver, les jours suivants, une amélioration assez marquée.

Reste une dernière indication : c'est celle de faire exécuter au membre des *mouvements chaque jour plus étendus*, lorsque la douleur s'est complétement dissipée. Je n'ai jamais vu cette pratique avoir des inconvénients. Mais des chirurgiens recommandent, lorsque la roideur persiste trop longtemps, d'imprimer de vive force de grands mouvements, dans le but de la vaincre tout à coup. J'ai vu, comme M. Bonnet, cette pratique occasionner les plus vives douleurs, non seulement sans profit, mais encore avec un désavantage réel; car, les jours suivants, l'articulation était redevenue presque aussi malade que les premiers jours. Il faut donc bien distinguer les cas.

(1) *Union méd.*, 6 février 1847.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; narcotiques ; émollients ; topiques excitants : cataplasmes antiarthritiques de Pradier, de Trousseau, de Bonnet ; position des membres ; compression ; mouvements méthodiques.

ARTICLE II.

ARTHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

L'arthrite simple chronique a été, bien moins encore que l'arthrite simple aiguë, étudiée au point de vue sous lequel il nous importe de l'envisager. Aussi n'aurai-je que quelques mots à en dire.

Il ne faut pas confondre avec l'arthrite chronique la roideur, la gêne des articulations et l'ankylose qui succèdent à l'arthrite aiguë ; ce sont des conséquences d'une maladie terminée, et non des maladies nouvelles. Pour qu'on puisse dire qu'il existe une arthrite chronique, il faut qu'à la roideur et à la gêne se joignent de la douleur, et ordinairement un gonflement plus ou moins marqué des tissus. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, sans qu'on pût attribuer la persistance du mal à une violence extérieure ou à une autre cause occasionnelle appréciable.

L'arthrite simple chronique se montre de préférence, soit à l'épaule, soit aux genoux, soit dans une hanche.

Tout ce qu'il est permis de dire de cette affection, c'est que quelquefois elle se développe d'emblée avec son caractère chronique ; que, plus souvent, elle succède à l'arthrite aiguë ; qu'elle condamne le membre à un repos absolu ; qu'elle occasionne de l'insomnie, surtout pendant les exacerbations, qui sont très fréquentes, et dans lesquelles la maladie reprend des caractères d'acuité plus ou moins tranchés ; que la douleur se propage souvent à toute l'étendue du membre, et que celui-ci finit par s'émacier. Les autres détails donnés par les auteurs se rapportent particulièrement à l'arthrite par violence extérieure, et c'est dans les traités de chirurgie qu'il faut les chercher.

Le traitement de l'arthrite chronique ne diffère de celui de l'arthrite aiguë que parce que les topiques irritants y tiennent une plus grande place. Lorsque les symptômes d'acuité se reproduisent, il faut recourir aux *émissions sanguines*.

M. Trousseau (1) a rapporté des faits dans lesquels l'application du *calorique concentré* autour des articulations malades a produit une amélioration prompte, et même la guérison. L'emploi de ce moyen consiste à entourer l'articulation de *sachets de sable chauffés au point de rendre leur contact désagréable*. Dès que les sachets sont refroidis, il faut les remplacer par d'autres chauffés au même degré.

M. le docteur Legroux (2) a cité des cas dans lesquels il a réussi à guérir les arthrites très rebelles, localisées dans une articulation, à l'aide de *cautérisations avec l'acide sulfurique concentré*, pratiquées de la manière suivante :

(1) *Bull. gén. de thér.*, septembre 1847.
(2) *Union méd.*, octobre 1848.

On imprègne un pinceau d'acide concentré et on le passe sur les points les plus douloureux de l'articulation. On laisse sécher sans essuyer, et il reste une escarre peu profonde, d'un jaune brunâtre, qui laisse rarement une cicatrice. J'ai employé ce moyen qui n'est pas douloureux au moment de l'application, mais qui souvent le devient beaucoup dans la journée, et qui n'a pas autant de puissance que la cautérisation transcurrente, exempte de tout inconvénient. On peut voir du reste ce que j'ai dit à propos du traitement des névralgies (1).

M. le docteur Bicchi (2) emploie contre l'arthrite chronique la *pommade au nitrate d'argent*, dans la proportion suivante :

♃ Nitrate d'argent......... 5 gram. | Axonge................. 32 gram.

Pour frotter l'articulation largement une fois par jour.

Ce moyen avait déjà été mis en usage par W. Adams et Guthrie.

M. Bonnet a employé avec succès, dans les inflammations chroniques des articulations, les *cataplasmes à l'alcool camphré* (3), qui lui ont réussi dans l'arthrite aiguë. Les larges *vésicatoires*, la *cautérisation transcurrente*, les *moxas*, l'*acupuncture*, les *douches de vapeur*, les *bains de vapeur*, les *narcotiques*, ont été mis en usage. Ce que je peux affirmer, c'est que l'arthrite chronique spontanée ou de cause interne est une affection souvent très rebelle, surtout quand elle siége à l'épaule. En désespoir de cause, on a conseillé d'imprimer au membre des mouvements forcés, dans le but de ramener la souplesse dans l'articulation ; mais j'ai vu, dans un cas, cette manœuvre augmenter beaucoup les accidents, et je pense qu'on doit ordinairement s'en abstenir.

ARTICLE III.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

La maladie dont je vais donner la description est une de celles qui ont le plus occupé les médecins, et jamais peut-être elle n'avait soulevé autant de discussions que dans ces dernières années. Cependant elle a été connue dès une haute antiquité, puisque Arétée en fait mention d'une manière très positive. Néanmoins c'est à Sydenham (4) qu'on rapporte la première description qui ait une importance majeure. Après lui, on a cité principalement Stoll et Barthez, et les auteurs du *Compendium* ont, avec raison, placé au premier rang des auteurs qui, avant ces derniers temps, ont tracé l'histoire du rhumatisme, Cullen, qui en a donné une description complète. La thèse de M. Chomel (5) est ensuite le travail le plus important sur cette maladie. M. Requin (6) a publié plus tard un traité du rhumatisme, d'après les leçons de M. Chomel et en s'appuyant sur de nouvelles observations. Enfin M. Bouillaud a fait paraître sur ce sujet, dans ces dernières années, plusieurs publications que je ne veux pas apprécier actuellement (7), parce que,

(1) Voy. t. IV, art. *Névralgie*.
(2) Voy. *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1847.
(3) Voy. l'article précédent..
(4) *Opera omnia medica*.
(5) *Essai sur le rhumatisme*, thèse. Paris, 1823, reproduite dans l'ouvrage de M. Requin.
(6) *Leçons de clin. méd.* (*Rhumat. et goutte*). Paris, 1837.
(7) *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*. Paris, 1840, in-8.

dans le cours de cet article, j'aurai plusieurs fois à discuter les questions qu'elles ont soulevées.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

S'il fallait en croire un certain nombre d'auteurs, et en particulier M. Bouillaud, il suffirait de dire que le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation aiguë des articulations, pour donner une définition exacte de la maladie qui nous occupe; mais nous devons entrer dans quelques explications à ce sujet. Tout le monde convient que l'inflammation n'est pas connue dans son essence; le mot *inflammation* n'est autre chose qu'une dénomination commune appliquée à un certain nombre d'états pathologiques qui ont entre eux une grande ressemblance. Or, en procédant ainsi, on a nécessairement laissé de côté les dissemblances; on a groupé les affections suivant les rapports plus ou moins nombreux qu'elles ont entre elles, laissant à celui qui voudrait les étudier plus particulièrement le soin d'en noter les différences; mais, comme on sait, ces différences méritent d'être considérées avec grand soin, quand on s'occupe de pathologie spéciale. Tant qu'il s'agit d'affections qui n'ont de dissemblance que par leur siége, leur intensité, la présence ou l'absence de symptômes généraux, il est peu important de tenir compte des nuances, et le groupe des phlegmasies reste très légitime. Mais si les dissemblances deviennent très considérables, si elles portent sur des caractères tranchés qui donnent à certaines affections une physionomie toute particulière, le rôle du pathologiste spécial commence; peu importe que l'affection qui se distingue ainsi des autres ait avec elles le plus grand nombre des caractères communs qu'on leur a reconnus, il faut lui assigner une place à part dans le cadre nosologique. Or c'est précisément ce qui a lieu pour le rhumatisme articulaire, et ceux qui veulent en faire une inflammation semblable à une pneumonie, à une pleurésie, etc., l'ont bien senti, puisqu'ils se sont efforcés, au point de vue de l'anatomie pathologique du moins, d'amoindrir la différence qui existe entre cette affection et les phlegmasies ordinaires.

Il résulte de ces considérations, auxquelles la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine (1) n'a rien enlevé de leur valeur, que le rhumatisme articulaire aigu doit être défini non seulement par les caractères qui le rapprochent des inflammations ordinaires, mais encore par ceux qui l'en éloignent, et voici la définition que je propose.

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des articulations caractérisée par la rougeur, la chaleur, la tuméfaction des parties, la fièvre, l'augmentation de la fibrine du sang, phénomènes qui le rapprochent des inflammations ordinaires, et en outre par la mobilité des symptômes locaux, par la rapidité avec laquelle les parties reprennent leurs fonctions, à moins que l'affection ne passe à l'état chronique, par la non-existence de la suppuration dans les articulations malades, et par l'intensité relativement moindre du mouvement fébrile.

On voit que ces considérations sont toutes pratiques, et que je n'ai pas cherché à discuter si le rhumatisme est le résultat d'un liquide âcre se formant dans les parties, s'il est un effort hémorrhagique, une fluxion, etc. Ces discussions me pa-

(1) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, Paris, 1850, t. XV, p. 801 et suiv.

raissent oiseuses, tandis que les signes différentiels que j'ai signalés sont bien loin de l'être, puisque déjà nous pouvons voir qu'ils tracent entre l'arthrite, qui est une véritable inflammation, et le rhumatisme articulaire, une ligne de démarcation tranchée. Qu'on appelle, si l'on veut, ce dernier une inflammation spéciale, on ne peut s'y opposer, parce que, par le mot *spécial*, on peut comprendre des dissemblances profondes; mais dire que le rhumatisme articulaire est une phlegmasie comme l'angine, l'hépatite, la pneumonie, c'est ce qui est inadmissible. Je reviendrai, du reste, sur ce point.

Cette maladie a été aussi décrite sous les noms de *fièvre rhumatique*, d'*arthrite*, d'*arthritis*, d'*arthrite rhumatismale*, d'*arthrodynie*, de *douleurs rhumatiques ou rhumatismales.*

La fréquence du rhumatisme articulaire est grande. Nous verrons plus loin dans quelles conditions il se produit particulièrement.

§ II. — Causes.

Les causes du rhumatisme articulaire aigu ont été recherchées par un assez bon nombre d'auteurs, mais avec des résultats très divers. Des discussions se sont élevées sur plusieurs points de cette étiologie importante qu'il est par conséquent nécessaire d'étudier avec soin.

1° Causes prédisposantes.

Age. Il est rare que cette affection se montre avant l'âge de douze à quatorze ans. MM. Rilliet et Barthez (1) n'ont jamais observé le rhumatisme articulaire avant l'âge de sept ans. C'est de quinze à trente ans, suivant les recherches de MM. Chomel et Requin, que la fréquence de la maladie est la plus grande, ou plutôt que la maladie se montre le plus souvent pour la première fois, ce qui est, en effet, le point important à étudier ici. Vient ensuite la période de trente à quarante-cinq ans ; puis, à mesure qu'on avance en âge, on devient de moins en moins exposé à éprouver une première attaque de rhumatisme. Ce résultat, obtenu par ces auteurs, de l'analyse de 73 cas, aurait une valeur plus grande, ainsi que ceux que nous consignerons tout à l'heure, si la goutte et le rhumatisme avaient été étudiés séparément.

Sexe. Nous ne possédons pas, relativement à l'influence du sexe, des statistiques semblables à celles que les auteurs nous ont données sur l'influence de l'âge. Cela est fâcheux, parce que, de la plus grande fréquence de cette maladie chez un sexe que chez l'autre, on a tiré d'autres conséquences étiologiques dont la valeur serait beaucoup plus grande si l'on avait les proportions exactes. M. Lyon (2) est le seul qui ait fait de semblables recherches, et il a trouvé que le rhumatisme est plus commun chez les hommes, et que la proportion est : : 10 : 7. Cette proportion ne s'accorde pas parfaitement avec l'opinion des auteurs qui avancent que le rhumatisme articulaire est *beaucoup* plus fréquent chez l'homme que chez la femme, car évidemment on la supposait plus forte.

Nous n'avons rien de bien positif à dire sur l'influence de la *constitution* et du

(1) *Traité des malad. des enfants*, t. I, p. 696.
(2) *Lond. med.-chir. Review*, juillet 1841.

tempérament. C'est une opinion généralement admise, que les sujets d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin sont les plus exposés à cette affection. D'un relevé de faits observés par M. Chomel, il résulte que le tempérament sanguin s'est montré fréquemment.

Saisons. Le docteur Lyon (1) ayant rassemblé des cas de rhumatisme, au nombre de 291, sur 3,561 sujets affectés de maladies de toute espèce qui ont été observés à l'infirmerie royale de Manchester pendant une période de dix ans, a trouvé que le maximum de fréquence de cette maladie s'est montré en avril et en mai (10 et 12 pour 100), et le minimum en août et en septembre (4 et un peu plus de 5 pour 100). Il est à désirer que ces recherches soient continuées. Elles s'accordent, du reste, avec l'opinion générale, qui place la plus grande fréquence du rhumatisme articulaire aigu dans les saisons froides et humides, et la moins grande dans les saisons chaudes. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence des climats.

Hygiène. On a dit que le rhumatisme articulaire se montre particulièrement chez ceux qui ont une *nourriture fortement animalisée*, qui boivent beaucoup de *liqueurs alcooliques;* qui font des *excès de table*, des excès vénériens de toute espèce ; qui mènent une *vie sédentaire*, etc. Mais je n'insiste pas sur toutes ces causes prédisposantes, parce que les recherches n'ayant pas été faites d'une manière précise, nous nous exposerions à avancer des propositions inexactes ou exagérées.

Hérédité. Tout le monde admet l'influence de l'hérédité sur la production du rhumatisme articulaire aigu. MM. Chomel et Requin nous ont donné à ce sujet un relevé statistique ; mais malheureusement, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, ces auteurs ont négligé de nous faire connaître séparément ce qui se rapporte au rhumatisme et ce qui se rapporte à la goutte, en sorte que les résultats ne sont précis ni pour l'une ni pour l'autre de ces maladies. MM. Chomel et Requin, admettant que ces deux affections sont de la même nature, ont cru pouvoir se dispenser de les séparer dans leur analyse étiologique ; mais le praticien voit avec regret cette confusion, parce qu'il existe entre le rhumatisme et la goutte d'assez grandes différences pour qu'on puisse supposer que ce qui produit l'un ne soit pas nécessairement une cause de l'autre.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle à laquelle on a fait jouer le plus grand rôle est incontestablement l'*action du froid* sur le corps en sueur, un refroidissement brusque, quel qu'il soit. Sydenham, Stoll, Boerhaave, ont regardé cette cause comme très puissante, et, dans ces derniers temps, M. Bouillaud a particulièrement insisté sur son influence à laquelle il accorde une très grande importance, et qu'il regarde même comme la seule cause réelle. Il s'étonne qu'on puisse avoir le moindre doute sur ce point. Cependant, lorsqu'on étudie attentivement les faits, et lorsqu'on ne se contente pas, comme le fait cet auteur, des premières assertions des malades, on voit que les doutes sont bien permis. Sur 52 malades affectés de rhumatisme articulaire aigu, M. Bouillaud en a trouvé 38 qui, selon lui, devaient

(1) *Ibid.*

leur maladie à l'action brusque du froid, et surtout du froid humide, et en outre il ajoute que, sur 38 sujets, 25 exerçaient des professions qui les exposaient à de fréquentes alternatives de chaud et de froid. Relativement à ces derniers faits, je ferai d'abord observer qu'ils ne fournissent pas une preuve très convaincante, attendu qu'ils ont été recueillis dans les hôpitaux, où, comme chacun sait, la grande majorité de ceux qui sont admis se trouve dans de semblables conditions. Quant à la proportion des cas dans lesquels la cause de la maladie a paru à M. Bouillaud être un refroidissement, on ne peut juger sa valeur qu'en examinant les observations. Or rien ne prouve, dans les observations de M. Bouillaud, qu'on ait eu, pour fixer son jugement, autre chose que les premières assertions des malades. Comme pour la pneumonie, il a suffi que le malade attribuât sa maladie à un refroidissement pour qu'il fût cru sur parole. Cette manière de procéder expose à de trop graves mécomptes pour qu'elle puisse être acceptée sans contestation. Tous les jours nous interrogeons, surtout dans les hôpitaux, des malades qui attribuent certaines maladies, et en particulier le rhumatisme articulaire, à un refroidissement subit, ou à des refroidissements plus ou moins répétés ; mais quand on veut plus de précision, on ne tarde pas à s'apercevoir que, par cette assertion, les malades expriment plutôt leur opinion personnelle qu'un fait positif, et, d'un autre côté, dans la pratique civile, nous trouvons des faits nombreux dans lesquels rien ne prouve qu'un refroidissement ait existé. J'engage les praticiens à interroger attentivement, sous ce point de vue, et sans s'arrêter aux premières affirmations, les sujets soumis à leur observation, et ils se convaincront bientôt que ce que j'avance n'a rien d'exagéré. Pour moi, j'ai toujours soin d'agir ainsi, et j'ai trouvé que la proportion des cas dans lesquels on peut attribuer l'affection à un refroidissement subit est réellement minime. C'est, au reste, un résultat auquel sont parvenus, en procédant de la même manière, MM. Chomel, Requin et Grisolle. Ce dernier auteur (1), analysant avec soin neuf cas de rhumatisme articulaire aigu, n'en a trouvé que deux dans lesquels l'existence de cette cause fût démontrée. En somme, les faits rapportés par M. Bouillaud n'ayant pas la valeur que quelques médecins leur ont trouvée, et l'interrogatoire attentif des malades ne confirmant pas son opinion, nous ne pouvons accorder à l'action brusque du froid qu'une influence limitée, et bien moins grande que celle qui lui est attribuée par cet auteur.

MM. Chomel et Requin pensent que l'*action prolongée du froid* est plutôt la véritable cause du rhumatisme articulaire aigu ; c'est ce que nous porte à admettre l'influence bien démontrée des saisons et des climats. Mais on doit convenir que, pour connaître exactement le degré d'action de cette cause, il faudrait des recherches plus précises et une meilleure analyse des faits observés.

On a regardé comme une cause de rhumatisme articulaire aigu la *suppression de divers flux*, et surtout la *suppression du flux menstruel*, et du *flux hémorrhoïdal ;* mais il nous manque, pour nous fixer sur ce point, des preuves convaincantes, et, en admettant même que ces causes aient agi quelquefois, il faut reconnaître qu'on ne les a constatées que dans des cas bien peu nombreux.

Faut-il regarder comme un rhumatisme articulaire aigu les douleurs des arti-

(1) *Journ. hebdom.*, 1836.

culations qu'on observe chez un certain nombre de *femmes en couches?* Les femmes, dans ces conditions, peuvent être prises d'un rhumatisme articulaire, comme elles le seraient dans toute autre circonstance ; mais rien ne prouve, d'une part, que l'état puerpéral les expose particulièrement à contracter cette affection ; et, d'autre part, que par cela seul que le rhumatisme s'est développé chez une femme en couches, il doive présenter des caractères particuliers. D'un autre côté, il est bien démontré aujourd'hui que, dans un bon nombre de cas où l'on a décrit un rhumatisme articulaire aigu chez les femmes en couches, on avait affaire à une affection différente, et qu'il s'agissait de l'inflammation des articulations, de l'*arthrite puerpérale*, qui diffère beaucoup du rhumatisme, comme nous le verrons plus loin; car je serai obligé de revenir sur ce point important à l'occasion du diagnostic.

A la suite de la *suppression brusque d'une blennorrhagie*, on a vu une ou deux articulations se prendre, et quelques auteurs ont trouvé dans cette affection articulaire un rhumatisme. Je ne pense pas qu'aujourd'hui on admette cette manière de voir. Les cas de ce genre appartiennent à l'*arthrite blennorrhagique*, dont j'ai dit un mot dans un des articles précédents, et qu'on a vue quelquefois se terminer par suppuration.

Les *excès vénériens* sont-ils une cause déterminante bien démontrée du rhumatisme articulaire aigu? M. Requin cite deux cas dans lesquels l'apparition du rhumatisme a suivi de près des excès de ce genre. Mais deux cas sont-ils suffisants pour établir l'existence de cette cause, et n'y a-t-il pas plutôt une simple coïncidence?

On a vu quelquefois des douleurs articulaires se développer, soit dans le cours, soit plus particulièrement au déclin de la *scarlatine*. M. Pidoux (1) a constaté six fois le fait dans huit cas où l'éruption scarlatineuse n'avait pas été prononcée. M. Murray (2) a observé des cas semblables. M. Grisolle en a rapporté deux très remarquables, et récemment chez une petite fille de neuf ans et demi, j'ai vu, au moment où l'exfoliation commençait, les articulations des pieds et les poignets présenter la douleur, la rougeur, le gonflement qui caractérisent le rhumatisme articulaire aigu, et la fièvre reprendre un peu d'intensité. Y a-t-il, dans les cas de ce genre, un véritable rhumatisme articulaire aigu? Rien ne porte à penser le contraire, car l'affection a toujours suivi la marche du rhumatisme, et en a présenté tous les phénomènes. Un seul fait m'a frappé dans les observations dont j'ai pu prendre connaissance : c'est que, dans les cas dont il s'agit, on ne voit pas une aussi grande mobilité de la maladie, et surtout des retours aussi fréquents des douleurs articulaires. Ainsi, une fois la douleur disparue dans une articulation, elle ne s'y reproduit plus, comme dans le rhumatisme aigu ordinaire. Je reconnais, du reste, que ce point demande de nouvelles recherches.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes du rhumatisme articulaire aigu sont si caractéristiques, que leur description est, de toute l'histoire de la maladie, celle qui laisse le moins à désirer.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 3ᵉ année, p. 27.
(2) *Med. chir. Journ.*, t. XXXIII. Edinb.

Cependant j'aurai à signaler quelques particularités qui ne sont pas connues aussi généralement qu'elles devraient l'être.

Début. Le début de cette affection a lieu, comme celui de beaucoup d'autres maladies aiguës, de trois manières différente. Quelquefois un mouvement fébrile marqué (malaise, frissons, chaleur, courbature, etc.) existe, pendant un espace de temps assez considérable (jusqu'à quinze, vingt-quatre heures et plus), avant que les phénomènes locaux se manifestent. Ce sont surtout ces cas que quelques auteurs ont eu en vue quand ils ont donné à la maladie le nom de *fièvre rhumatismale*. Plus fréquemment, les symptômes généraux se manifestent à très peu près en même temps que les symptômes locaux ; et enfin on voit, dans un certain nombre de cas, des douleurs plus ou moins vives exister pendant un ou plusieurs jours et finir par présenter tous les caractères du rhumatisme articulaire, avant que le mouvement fébrile se soit déclaré. Passons maintenant en revue les symptômes importants.

Symptômes de la maladie confirmée. — Symptômes locaux. Le symptôme le plus constant est la *douleur*. Elle est très variable, mais en général vive, quel que soit d'ailleurs le degré du rhumatisme considéré d'une manière générale. En effet, on voit tous les jours une, deux ou trois articulations prises chez un sujet, au point que la douleur les rend immobiles, sans que pour cela l'affection soit très violente.

La douleur, dans les cas les plus ordinaires, est d'abord peu intense; parfois même elle ne consiste que dans un sentiment de tension et de gêne, et, ainsi que le fait remarquer M. Requin, le premier signe qu'en donne le malade, c'est de se frotter instinctivement les articulations affectées. Mais, au bout d'un temps ordinairement assez court, la douleur augmente notablement et présente les caractères suivants :

Lorsque le membre est dans le repos, la douleur est assez supportable; cependant, quand l'affection est très intense, on note l'existence d'élancements douloureux qui traversent l'articulation, ou de déchirements dont les malades se plaignent vivement. La *pression* exercée sur la partie malade réveille ordinairement la douleur, surtout dans certains points : c'est ainsi que, par exemple, dans le rhumatisme du genou, la pression exercée au-dessous du condyle interne du fémur et sous le jarret, est ordinairement plus douloureuse que partout ailleurs.

Mais il n'y a aucune comparaison à établir entre la douleur provoquée par la pression et celle que détermine un *mouvement imprimé à l'articulation*. Pour peu que la maladie ait de l'intensité, cette douleur est tout à fait insupportable. Aussi les malades ne peuvent ordinairement, au plus fort de la maladie, faire aucun mouvement dans leur lit, et ils poussent des cris dès qu'on veut les changer de position. Souvent la position qu'ils ont prise, et qui d'abord les a soulagés, finissant par être incommode, il y a un mouvement à peu près involontaire pour en changer, et aussitôt les souffrances deviennent intolérables. Il résulte de cela que le meilleur moyen de s'assurer du degré de douleur est d'imprimer aux membres de légers mouvements; mais le praticien doit procéder à cet examen avec les plus grands ménagements, de crainte de produire de trop vives souffrances.

La *rougeur de la peau* se montre ordinairement sur les articulations malades ; mais ce phénomène n'est pas constant. C'est surtout sur les articulations superficielles qu'on le remarque : ainsi aux articulations fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes,

radio-carpiennes. Dans les articulations couvertes d'une grande épaisseur de parties molles (les articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales), on n'observe aucun changement à la peau.

La rougeur n'est pas vive. C'est une coloration rose un peu foncée, diffuse, sans limites précises. Dans certains cas, cette coloration n'existe pas, même lorsque ce sont les articulations superficielles qui sont affectées. Toutefois il faut, ainsi que le recommande M. Requin, avoir égard au phénomène suivant : « La peau, sous la pression du doigt, paraît, dit-il, bien plus blanche sur une partie affectée de rhumatisme que sur une partie saine. » Cela annonce un peu d'injection qui ne donne à la peau qu'une nuance difficile à saisir, mais réelle.

Le *gonflement* est, comme la rougeur, d'autant plus évident que l'articulation est revêtue d'une plus petite épaisseur de parties molles. C'est ainsi qu'il est surtout remarquable aux articulations des doigts, des orteils, du poignet, du genou, du coude. A la hanche et aux épaules on n'aperçoit pas, au contraire, de tuméfaction marquée. C'est une particularité que je rappellerai à l'occasion du diagnostic, et que j'ai constatée, après plusieurs autres auteurs, et notamment MM. Chomel et Louis. La tuméfaction est, en général, d'autant plus considérable que l'affection est plus violente et que la douleur est plus vive.

Dans certaines articulations, et surtout dans l'articulation du genou, on peut s'assurer facilement que, chez un assez bon nombre de sujets, la tuméfaction est due à l'épanchement, dans l'article, d'une certaine quantité de sérosité. La rotule est, en effet, soulevée et mobile, et les bourses synoviales sont tendues et font une saillie notable. Dans ces articulations, comme dans les autres, la tuméfaction est due également à un afflux des liquides dans les tissus qui recouvrent l'articulation.

De tout cela il résulte que les articulations malades ont perdu leur forme naturelle, qu'elles sont beaucoup plus arrondies, que les saillies des os ne s'y dessinent plus nettement ou ne peuvent plus s'y distinguer.

M. Requin ayant décrit avec soin l'attitude que prennent naturellement les membres affectés du rhumatisme articulaire, je lui emprunte le passage suivant : « Il y a, dit-il, une *attitude particulière*, et pour ainsi dire d'élection, pour chaque articulation. Si l'affection arthritique envahit les phalanges, celles-ci demeurent ordinairement en état d'extension. Dans le rhumatisme du genou, l'extension de la jambe sur la cuisse est aussi la situation la plus ordinaire ; néanmoins, en certains cas où l'articulation fémoro-tibiale n'est pas partiellement rhumatisée, le genou reste fléchi. Le coude rhumatisé se tient dans la demi-flexion. Il n'y a possibilité ni d'extension, ni de flexion complète. Ainsi donc l'attitude spéciale du malade appelle de prime abord l'attention du médecin sur le point affecté, et commence le diagnostic. »

La *chaleur* est plus élevée au niveau des articulations malades que dans toutes les autres parties du corps, et c'est surtout la réunion de ces symptômes locaux, rougeur, gonflement, chaleur, douleur, joints à un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui a fait regarder le rhumatisme articulaire aigu comme une inflammation.

Du côté des *voies digestives*, on trouve l'état suivant : la langue est généralement blanche, quelquefois rouge à la pointe ; l'appétit est perdu ; la soif est plus ou moins vive ; dans certains cas très intenses, il y a quelques nausées, quelques

vomissements bilieux ou fades, des douleurs épigastriques, symptômes notés par M. Louis, dans les premiers jours ; mais généralement l'anorexie est le seul symptôme gastrique. Le *ventre* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est une légère constipation. Dans une faible minorité des cas, il y a au contraire de la diarrhée. M. Louis, qui, dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, a étudié avec soin les symptômes généraux du rhumatisme, pour les comparer à ceux de la maladie dont il s'occupait, et qui par conséquent nous a fourni d'excellents matériaux dont nous devons nous servir, a trouvé la diarrhée (1) huit fois sur cinquante-sept sujets; mais elle ne fut persistante et un peu opiniâtre que dans deux cas. Dans les cas de diarrhée seulement, existent les douleurs de ventre signalées par le même auteur.

Les *voies respiratoires* ne présentent, dans le plus grand nombre des cas, rien de remarquable. Chez la cinquième partie des sujets qu'il a observés, M. Louis (2) a noté un peu de toux, à une époque peu éloignée du début. Dans un cas que j'ai vu récemment, il y a eu complication de *bronchite capillaire*, et la toux a été par conséquent très intense.

Si, relativement à l'état des *voies circulatoires*, nous n'examinons d'abord que les cas non compliqués, voici ce que nous trouvons : Le pouls est presque toujours régulier, un peu large et élevé. Sa fréquence n'est pas très considérable, et M. Louis (3) a constaté d'une manière très précise qu'il est notablement moins fréquent que dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres éruptives et l'érysipèle de la face. Il n'a, en effet, atteint ou dépassé 90 pulsations que dans 3 cas sur 57.

Mais tout le monde sait que, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, un peu plus souvent que dans les autres affections fébriles, il survient une *complication du côté du cœur*. Cette complication consiste dans le développement soit d'une péricardite, soit d'une endocardite. Ce n'est pas ici le lieu d'apprécier l'importance de cette coïncidence qu'on a exagérée outre mesure, et qui a été fort mal étudiée ; j'y reviendrai plus loin. Je me contenterai de dire ici que lorsque cette complication, beaucoup plus rare que ne le prétend M. Bouillaud, s'est établie, on observe du côté du cœur les symptômes que j'ai décrits aux articles consacrés à la péricardite aiguë et à l'endocardite (4), c'est-à-dire, pour la *péricardite :* voussure, matité étendue, éloignement, faiblesse des bruits du cœur, éloignement et faiblesse du bruit respiratoire, parfois bruit de râpe superficiel et double, douleur ordinairement vive ; et pour l'*endocardite :* pas de voussure (malgré l'assertion contraire de quelques auteurs), matité médiocrement étendue, battements du cœur superficiels, souvent violents, bruits du cœur sourds, souffle ou bruit de râpe au premier bruit.

J'ai parlé plus haut des *frissons* qui se manifestent au début (dans les deux tiers des cas, d'après les faits observés par M. Louis) ; ces frissons, chez certains sujets, se renouvellent plusieurs fois dans les premiers jours; chez d'autres, il n'y a qu'un peu de sensibilité au froid.

(1) *Rech. anat.-path. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde*, etc., 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 443.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 159.
(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 143.
(4) Voy. *Maladies des voies circulatoires*.

La *chaleur* de la peau est ordinairement élevée : c'est ce que M. Louis a constaté chez 47 sujets sur 55 ; le même auteur a noté des *sueurs* chez un peu plus des quatre cinquièmes des malades, et ces sueurs furent très copieuses dans treize cas.

Un peu de *céphalalgie* existe chez quelques sujets (un tiers, d'après les recherches de M. Louis) pendant les premiers temps de la maladie ; dans un petit nombre de cas (*ibid.*), la douleur de tête est assez vive, et parfois aussi plus persistante que dans les autres affections fébriles.

Il est bien rare qu'il y ait d'autres symptômes du côté de la tête ; ce n'est que dans quelques cas exceptionnels et presque toujours mortels qu'on voit apparaître un *délire* violent avec d'autres symptômes nerveux plus ou moins intenses. J'ai observé, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu annexe, un cas de ce genre. Un homme de quarante ans environ entra avec un rhumatisme articulaire peu intense. Trois articulations seulement étaient prises et peu douloureuses ; le pouls ne battait que quatre-vingts fois par minute, rien n'annonçait une maladie grave. La nuit, un délire furieux survint, il y eut des symptômes d'hydrophobie, et le malade succomba en quelques heures. D'autres auteurs ont rapporté des faits du même genre.

Les douleurs articulaires occasionnent presque toujours de l'*insomnie*, surtout dans les premiers temps de la maladie. Fréquemment des mouvements involontaires, en excitant une douleur très vive, réveillent les malades en sursaut. Il y a ordinairement un peu d'agitation, surtout la nuit, dans les cas d'une intensité considérable.

Les *forces* se soutiennent généralement bien ; ce n'est que dans les cas où la maladie dure depuis longtemps qu'on voit survenir la faiblesse et la langueur. L'*amaigrissement* est promptement assez marqué, ce qui tient autant sans doute à l'énergie ordinaire du traitement qu'à l'influence de la maladie.

Tels sont les symptômes du rhumatisme articulaire aigu ; mais il me reste encore à dire comment ces divers phénomènes se succèdent et s'enchaînent, et ce n'est pas là la partie la moins importante de cette description, car elle nous fait connaître pour ainsi dire la physionomie de l'affection.

Toutes les articulations qui doivent être prises dans le cours de la maladie ne sont pas affectées en même temps. D'abord une ou deux, rarement trois à la fois, deviennent douloureuses. Puis la douleur cessant dans un ou plusieurs des articles affectés, d'autres se prennent, puis d'autres encore. Assez fréquemment une articulation antérieurement malade est reprise de douleur à une autre époque de la maladie ; en un mot, la douleur rhumatismale se transporte d'un point à un autre, disparaissant plus ou moins complétement d'un article pour en envahir un ou plusieurs plus ou moins éloignés.

Telle est la règle générale, mais il y a des exceptions. Ainsi on voit quelquefois une ou deux articulations rester douloureuses pendant presque toute la durée de la maladie, tandis que les autres présentent la mobilité caractéristique ; d'autres fois les douleurs rhumatismales envahissent successivement un grand nombre d'articulations, en continuant à faire des progrès dans celles qui étaient primitivement atteintes ; mais bientôt la *mobilité* se déclare, et les choses se passent comme je viens de le dire.

Je n'ai encore parlé que de la douleur, parce que c'est là surtout le symptôme

qui présente la mobilité la plus marquée ; mais cette mobilité se fait aussi remarquer dans les autres symptômes locaux ; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir la rougeur, la chaleur et le gonflement disparaître en même temps que la douleur, sans laisser de trace sensible. Cependant il est plus ordinaire de trouver encore un peu de tuméfaction et même de rougeur dans des articulations qui, la veille, étaient extrêmement douloureuses, et qui ne présentent plus le lendemain qu'une gêne légère dans les mouvements. Mais ces signes ne tardent pas à disparaître, pendant que les articulations nouvellement prises en présentent de plus en plus violents.

Il est difficile de dire d'une manière un peu précise quel est l'*ordre dans lequel les articulations sont envahies*. Les cas sont très variables sous ce rapport. Cependant on peut d'une manière générale établir que les genoux et les pieds sont d'abord affectés ; puis viennent les poignets, les épaules, les coudes et les hanches. Quelquefois on voit les signes locaux se montrer dans un genou, puis dans un poignet, puis dans les pieds. Du reste, cette succession des invasions de la maladie dans les diverses articulations n'a qu'un intérêt très secondaire. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le mal passe d'un point à un autre sans suivre aucun ordre bien fixe.

Pendant que les choses se passent ainsi, les *symptômes généraux* présentent une intensité différente suivant les variations que je viens d'indiquer : intenses lorsqu'il y a un grand nombre d'articulations prises et lorsque les symptômes locaux sont violents ; modérés dans le cas contraire. Je compléterai cette description en exposant la marche de la maladie.

Lorsque le rhumatisme articulaire arrive véritablement à sa période décroissante, il est rare que la douleur se porte encore d'une articulation à l'autre ; généralement elle diminue dans les points actuellement envahis, sans en envahir d'autres. Cependant il est des cas où la douleur, le gonflement, etc., se portent encore d'une articulation à l'autre ; mais sont plus faibles et n'excitent pas de symptômes généraux, et d'autres dans lesquels la douleur reprend une intensité un peu plus grande dans les points actuellement atteints, pour décroître bientôt ensuite.

Enfin les symptômes généraux ayant complétement disparu, il ne reste plus qu'une légère gêne des articulations le plus violemment affectées (à moins toutefois que le rhumatisme ne prenne une marche chronique), gêne qui se dissipe bientôt, et ne laisse qu'une faiblesse en rapport avec la violence de la maladie et l'énergie du traitement.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant, comme je viens de le faire, la succession des symptômes, j'ai tracé en partie la marche de la maladie. Mais il reste encore quelques particularités qui ne sont pas sans importance. Il résulte de ce qui précède qu'il n'y a pas de continuité complète dans cette maladie ; qu'elle présente plus ou moins d'intensité, non seulement à ses diverses périodes, mais aux diverses époques de ces périodes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'apparition, dans un grand nombre de cas, d'améliorations très notables, suivies de recrudescences fréquentes. C'est au point qu'on peut croire à une guérison prochaine, tandis que la maladie

n'est pour ainsi dire qu'assoupie, et se réveillera bientôt avec une nouvelle intensité. Ce qui disparaît le plus complétement en pareil cas, c'est l'ensemble des phénomènes locaux précédemment décrits. Les articulations sont plus ou moins complétement revenues à leur état normal, et cependant il y a encore du malaise, un certain degré de mouvement fébrile, l'appétit ne se rétablit pas, les forces restent abattues. Cet état a été de tout temps remarqué, et les principaux auteurs qui ont écrit sur l'affection qui nous occupe l'ont attribué à la persistance de la maladie, sans manifestation locale notable; on a même dit qu'il existait alors une *fièvre rhumatismale*, comme lorsque la fièvre précède la première apparition des douleurs articulaires.

Dans ces derniers temps, M. Bouillaud a prétendu que cette explication n'est pas juste, et que la persistance du mouvement fébrile, malgré la disparition des douleurs, est due au développement d'une *péricardite* ou d'une *endocardite*, qui viennent compliquer l'affection primitive. Chacun pourra, en étudiant avec quelque attention les faits qui passent sous ses yeux, s'assurer facilement que cette manière de voir ne s'appuie pas sur l'observation exacte. Il est sans doute, quelques cas dans lesquels les choses se passent ainsi, et l'on peut même admettre qu'un certain nombre de fois on a méconnu cette cause de la persistance de la fièvre; mais, le plus souvent, et c'est un fait que l'on peut facilement vérifier, l'examen le plus attentif ne fait rien découvrir du côté du cœur, alors que la fièvre persiste et que l'apparition ultérieure de nouvelles douleurs vient prouver que la maladie existait encore, quoique réduite plus ou moins complétement à ses symptômes généraux. D'un autre côté, en examinant les observations de M. Bouillaud, on voit qu'il ne lui faut que des symptômes très légers et très peu caractéristiques (1) pour diagnostiquer une endocardite; de sorte que, de quelque manière qu'on envisage les faits, on s'assure que cette loi de coïncidence de l'endocardite et du rhumatisme, dont on a fait si grand bruit, se réduit à de très étroites proportions. Ce qu'il y a de positif, c'est que, lorsque, après la disparition des symptômes locaux, on voit persister le malaise général et le mouvement fébrile, on doit s'attendre à une recrudescence de la maladie. Quelquefois même le mouvement fébrile qui persiste est très peu appréciable; on n'observe que du malaise, un état général de souffrance; les fonctions digestives ne se rétablissent pas parfaitement, quoique les malades aient pu quitter leur lit; cet état peut durer longtemps, et l'on voit, après plusieurs jours, sans cause appréciable, les articulations se prendre de nouveau. Peut-on dire que, en pareil cas, il y a eu rechute ou récidive? Je pense plutôt que la maladie n'avait pas complétement cessé, et qu'il n'y a eu qu'une recrudescence.

Il n'en est pas de même dans quelques cas, où les malades, ayant recouvré l'intégrité de leurs fonctions, et n'éprouvant plus ni symptômes généraux ni symptômes locaux, sont repris, au moment où l'on s'y attend le moins, de douleurs rhumatismales. C'est alors une véritable *rechute*, qui est presque toujours occasionnée par la marche prématurée. Ce qui le prouve, c'est que la douleur se reproduit ordinairement pendant la marche, et qu'elle se manifeste presque toujours

(1) Voy. art. *Endocardite*.

dans l'un des deux genoux. Ces rechutes ne sont presque jamais aussi intenses que la première atteinte.

Je n'ai pas parlé, dans ce qui précède, des quatre *périodes* admises par beaucoup d'auteurs, parce que, lorsqu'on étudie le rhumatisme articulaire aigu au lit du malade, on voit qu'il faut beaucoup forcer les faits pour y voir ces quatre périodes bien distinctes. Je me contenterai, par conséquent, de dire que ces quatre périodes sont les suivantes : 1° *période prodromique* (elle manque assez souvent, comme nous l'avons vu plus haut) ; 2° *période d'augment ou de progrès ;* 3° *période d'état ;* 4° *période de déclin.*

La *durée* du rhumatisme articulaire aigu ne peut être convenablement étudiée indépendamment de l'influence du traitement. Les auteurs qui ont préconisé un traitement particulier ont tous prétendu, en effet, qu'ils abrégeaient considérablement la durée de cette affection, et c'est l'exactitude de leurs assertions qu'il s'agit d'examiner. Mais cette question sera plus convenablement discutée lorsque j'aurai à m'occuper de l'action de telle ou telle médication particulière. Je ne dois, par conséquent, indiquer ici que la durée du rhumatisme articulaire aigu traité par les saignées modérées, les calmants, en un mot, en l'absence de moyens très énergiques ou ayant une action spéciale. En général, comme l'a établi M. Chomel, le rhumatisme, ainsi traité, dure environ trois septénaires ; mais il y a de très grandes différences suivant les cas. M. Macleod, qui s'est occupé particulièrement de cette question (1), en a réuni 79 dans lesquels on trouve d'abord pour moyenne générale de la durée 28 jours et une fraction. Puis, entrant dans le détail des faits, on voit que, sur ce nombre de 79, la durée a été de :

10 jours chez.	11 malades.
12	4
2 semaines chez.	7
3	22
4	14
5	3
6	9
8	6
10	1
16	2
	79

J'ai présenté ce tableau, parce que la question de la durée du rhumatisme est une des plus importantes de l'histoire de cette maladie. Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas, en effet, une affection qu'on puisse regarder comme grave, au point de vue de la terminaison ; d'un autre côté, c'est une affection des plus douloureuses ; c'est, par conséquent, à en abréger la durée que doit s'attacher la thérapeutique, et il serait bien plus important encore d'atteindre ce but, si, comme le pense M. Bouillaud, et comme cela paraît probable, la longue durée de l'affection augmente les chances de complication du côté du cœur. Les chiffres précédents

(1) Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 76, extrait du *Medico-chirg. Review*, 1837.

ont donc une valeur incontestable; ils nous apprennent que la durée de l'affection peut varier de 10 à 112 jours, ce qui ne se remarque guère dans les autres maladies aiguës, et, en outre, que très souvent cette durée est de trois semaines, ainsi que l'avait constaté M. Chomel. Toutefois je dois exprimer le regret de n'avoir pas pu me procurer l'article de M. Macleod dans l'original. L'extrait de la *Gazette médicale* est très peu détaillé, en sorte que nous ne savons pas positivement à quelle époque l'auteur a fixé la convalescence, et si les rhumatismes qui ont duré dix et seize semaines étaient bien des rhumatismes aigus au début; c'est pourquoi je n'ai donné les chiffres précédents que comme indication. C'est surtout dans les cas où la maladie est de très longue durée qu'on voit ces alternatives d'amélioration notable et d'aggravation qui donnent si souvent des espérances de guérison prochaine, et les font bientôt évanouir.

La guérison est, dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* du rhumatisme articulaire aigu. Parfois cette affection passe à l'état chronique, et alors on voit les articulations rester gonflées et douloureuses, se déformer, présenter, en un mot, tous les symptômes qui seront décrits dans l'article suivant. La mort a été la terminaison du rhumatisme articulaire aigu dans un petit nombre de cas. On a dit que jamais cette affection, lorsqu'elle n'était pas compliquée, ne se terminait de cette manière fâcheuse; cette proposition n'est pas exacte. Dans le cas que j'ai cité plus haut, et où un violent délire a précédé la mort, l'autopsie n'a fait découvrir aucune lésion à laquelle on pût attribuer ce fâcheux résultat. Il existe d'autres faits semblables dans la science. Je les signale, parce qu'il ne me paraît pas douteux que, dans quelques cas, on n'ait attribué injustement à l'action d'un médicament particulier une terminaison funeste, unique résultat de la violence de l'affection. Il n'en est pas moins vrai de dire que les cas de ce genre sont extrêmement rares, et qu'on doit les regarder comme tout à fait exceptionnels.

On a cité des cas dans lesquels la complication d'endocardite a précédé la mort, dont elle a été sans doute la cause principale. Les cas de ce genre ne sont guère moins rares que les précédents. Quant à la complication de péricardite, je ne connais pas un seul fait qui prouve qu'elle ait produit la mort chez un sujet ayant tous ses organes dans un parfait état d'intégrité au moment où il a été atteint du rhumatisme articulaire.

§ V. — Lésions anatomiques.

Des discussions se sont élevées au sujet de l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu. Il ne pouvait en être autrement, car de la solution des questions qui se rattachent à ce point de l'histoire de la maladie dépend l'opinion qu'on se fait sur la nature du rhumatisme. Jusqu'à ces dernières années, on a attaché peu d'importance à ces questions; mais quelques auteurs récents, et en particulier M. Bouillaud (1), ne voyant dans cette maladie qu'une inflammation des articulations, ont cherché à étayer leur manière de voir en invoquant un certain nombre de faits dans lesquels des lésions profondes ont occupé les articulations. Les faits cités par M. Bouillaud sont les seuls qu'il importe d'examiner. Je me suis livré ailleurs à cet examen (2), et j'ai fait voir que deux de ces faits peuvent seuls être considérés

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.
(2) Voy. *Mém. sur l'arthrite simple* (*Union médicale*, 6 février 1847).

comme des rhumatismes; or, dans ces cas, on trouva seulement une synovie épaisse, jaunâtre, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète, ou mieux au fluide spermatique, ou bien quelques flocons albumineux. Ces lésions, comme on le voit, ne sont pas de nature à nous permettre de résoudre la question, d'autant plus que les faits manquent de détails très importants, et que les articulations les plus malades étaient sans lésion appréciable après la mort. Dans tous les autres cas, il existait, soit une phlébite, soit une fièvre puerpérale, et les prétendus rhumatismes n'étaient autre chose que la suppuration des articulations sous l'influence de ces affections. M. Bouillaud a, en outre, cité quelques cas de rougeur de la synoviale; mais ce n'est pas là une raison péremptoire de croire à l'existence d'une véritable inflammation. D'un autre côté, je rappellerai que, dans d'autres cas, il n'existait aucune trace d'inflammation dans les articulations et celui dont j'ai parlé plus haut était un exemple frappant de cette absence de lésions. Le plus minutieux examen ne put en faire découvrir aucune.

Enfin, remarquons que les faits cités dans ces derniers temps par MM. Andral (1), Trousseau et Lasègue (2), se rapprochent des cas cités par M. Bouillaud, en ce sens que l'inflammation s'est produite dans le cours ou dans la convalescence d'une affection grave, dans des circonstances qui devaient par conséquent favoriser l'inflammation, et que cette inflammation, loin d'être mobile comme le rhumatisme, s'est montrée, tout d'abord, fixe dans les articulations envahies.

La conclusion de ce qui précède, c'est que le rhumatisme articulaire aigu ne laisse dans les parties affectées aucune lésion caractéristique, et c'est un nouveau motif de ne pas le considérer comme une phlegmasie ordinaire.

Les analyses du sang, faites par MM. Andral et Gavarret (3), ont fait voir, comme je l'ai dit plus haut, que l'augmentation de la proportion de la fibrine est plus considérable dans cette maladie que dans toute autre. La moyenne de ce principe du sang est de plus de 7 dans le rhumatisme aigu, et la proportion varie de 4 à 10.

Je n'ai pas besoin d'exposer en détail les lésions qui appartiennent aux complications qui peuvent survenir dans le rhumatisme. Les principales, ainsi que je l'ai dit plus haut, sont les inflammations du péricarde et du cœur, dont l'anatomie pathologique a été décrite dans un des premiers volumes de cet ouvrage (4).

§ VI — Diagnostic, pronostic.

Les auteurs se sont peu étendus sur le diagnostic de cette affection qui, dans la très grande majorité des cas, est très facilement reconnue. Cependant nous avons vu plus haut que l'on a pris pour des rhumatismes articulaires aigus quelques affections qui ont pour caractère l'inflammation d'une ou de plusieurs articulations. Je dirai d'abord un mot de l'*arthrite simple aiguë*, passant sous silence l'*arthrite traumatique*, qui reste fixe, et dont la cause met immédiatement sur la voie du diagnostic.

Dans le mémoire que j'ai publié sur l'arthrite simple aiguë, j'ai résumé les con-

(1) *Bulletin de l'Acad. de médecine.* Paris, 1850, t. XV, p. 1019.
(2) *Union médicale*, 24 août 1850.
(3) *Rech. sur les modific. de proport. de quelques principes du sang.* Paris, 1840.
(4) Voy. *Péricardite* et *Endocardite*.

sidérations dans lesquelles je suis entré, et je me suis exprimé ainsi (1) : « Pour résumer tout ce qui précède, je dirai : 1° que deux maladies aiguës ayant de nombreux traits de ressemblance, mais réellement différentes, peuvent spontanément, sans aucune lésion antécédente, se développer dans les articulations : ce sont l'arthrite simple aiguë ou l'inflammation simple, et le rhumatisme articulaire aigu, affection qui a des caractères spéciaux ; 2° qu'il est possible et même facile de distinguer ces deux affections ; 3° que ce qui les distingue est la fixité de l'une et la mobilité de l'autre ; la fièvre proportionnellement plus grande dans l'arthrite, et le retour des mouvements beaucoup plus prompt dans le rhumatisme que dans l'arthrite. »

Ces caractères me paraissent suffisants pour établir le diagnostic : ce qui le prouve, c'est que, dans les cas soumis à mon observation, j'ai pu, sans me tromper, annoncer que la maladie resterait fixée dans un article, et que la gêne des mouvements, la roideur des tissus se dissiperaient lentement, alors que toute douleur aurait complétement cessé. Comment aurait-il pu en être ainsi, si la maladie avait été de la même nature que ces douleurs qui, du jour au lendemain, peuvent se porter d'une articulation à l'articulation la plus éloignée ? Il faut prendre garde néanmoins de s'en laisser imposer par le passage du rhumatisme à l'état chronique, ou par ces rhumatismes qui, après avoir présenté une grande acuité, prennent le caractère subaigu. Il n'est pas rare, en effet, de voir, après un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, certaines articulations conserver une grande difficulté de mouvements ; mais si l'on examine attentivement l'état des parties, on voit que ce qui cause les accidents est la persistance de la maladie elle-même. Ainsi il y a encore du gonflement, de la douleur, de la rougeur même, et parfois de l'œdème, surtout aux pieds et aux mains. Or, la gêne des mouvements, la roideur de l'articulation, persistent dans l'arthrite simple, alors même que tous ces symptômes ont disparu ; et cette roideur est due sans doute à la rigidité qui s'est établie dans les tissus fibreux, comme dans les arthrites de cause externe. La preuve, c'est que cette rigidité peut être vaincue par des mouvements convenablement dirigés, tandis que le moindre mouvement exaspère les douleurs articulaires qui persistent dans le rhumatisme, et augmentent la gêne de l'articulation.

Je n'ai rien à ajouter à ce qui précède pour fixer le diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire aigu et de l'*arthrite blennorrhagique ;* il résulte, en effet pour moi, de plusieurs cas que j'ai eu occasion d'étudier, et dont deux sont encore sous mes yeux, que dans l'arthrite blennorrhagique les choses se passent comme dans l'arthrite simple aiguë ; seulement on a de plus, pour fixer son jugement, l'existence de l'écoulement urétral, car il est bien rare que cet écoulement soit supprimé.

Nous avons vu que fréquemment on a pris pour un rhumatisme articulaire aigu l'inflammation des articulations résultant d'une *phlébite* suppurative, et se terminant par la formation d'une collection purulente. Cette erreur n'a guère été commise qu'à une époque où l'on ne connaissait pas suffisamment les conséquences de la phlébite. Aujourd'hui on est rarement embarrassé pour porter un diagnostic qui se fonde sur les considérations suivantes : 1° Dans l'inflammation des articulations ou dans les collections purulentes qui se forment dans leurs cavités par suite

(1) *Loc. cit.*, p. 59.

d'une phlébite, on remarque la fixité de la douleur, du gonflement, de la rougeur, de telle sorte que la maladie s'étant une fois manifestée dans un article, ne le quitte plus jusqu'à la mort ; en outre, on constate la facilité extrême avec laquelle se forment les abcès : c'est au point que parfois il y a dans les articulations du pus parfaitement lié, sans que les parois de l'articulation présentent une altération appréciable, comme s'il n'y avait qu'un simple dépôt de pus. Voilà pour les phénomènes locaux. 2° Dans cette même affection, les phénomènes généraux sont des plus intenses ; je les ai décrits ailleurs (1) : je me contenterai ici d'énumérer les principaux. Ce sont : une fièvre violente, l'agitation, le délire, la stupeur, le coma, des troubles graves des voies digestives, et principalement, à une certaine époque, une diarrhée abondante et fétide, etc. Rien de tout cela ne se remarque dans un simple rhumatisme. 3° Reste enfin la connaissance de la cause qu'il est toujours important de rechercher. On s'informera donc s'il existe une plaie quelconque ; si l'on a pratiqué une saignée, et si cette saignée est enflammée ; s'il n'y a pas un abcès dans quelque partie du corps, etc. Presque toujours on parviendra ainsi à découvrir le point de départ de la phlébite. Mais si l'on n'y parvenait pas, il ne faudrait pas pour cela douter du diagnostic et croire à un rhumatisme, car on a démontré que ces suppurations, dans plusieurs organes, et notamment dans les articulations, pouvaient se développer spontanément avec les caractères que je viens d'indiquer, et c'est surtout aux cas de ce genre qu'on a donné les noms de *fièvre purulente*, *diathèse purulente*. J'ajoute que, dans plusieurs cas, l'inflammation des articulations, qui en avait imposé pour un rhumatisme aigu, a reconnu pour cause l'irruption dans un ou plusieurs articles de la matière tuberculeuse accumulée dans les extrémités des os, et ramollie (2). On ne devra donc jamais se prononcer avant d'avoir examiné attentivement l'état des extrémités osseuses.

Ce que je viens de dire s'applique rigoureusement à l'inflammation des articulations et aux collections purulentes dans ces parties, qu'on observe chez les femmes affectées de *fièvre puerpérale*. Qu'il me suffise de signaler ici ce fait sur lequel je reviendrai plus loin à propos de la fièvre puerpérale, mieux étudiée dans ces dernières années qu'elle ne l'avait jamais été.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'arthrite simple spontanée.*

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.	ARTHRITE SIMPLE AIGUE.
Symptômes généraux *proportionnellement moins intenses.*	Symptômes généraux *proportionnellement plus intenses.*
Mobilité des phénomènes locaux.	*Fixité* des phénomènes locaux.
Les signes de l'inflammation (douleur, gonflement, rougeur) une fois dissipés, les *mouvements se rétablissent promptement* dans les articulations affectées. Lorsqu'il en est autrement, c'est que le rhumatisme a passé à l'état chronique.	Les signes de l'inflammation (douleur, gonflement, rougeur) étant complétement dissipés, il reste encore *une grande gêne dans les mouvements, et cette gêne persiste longtemps,*

(1) Voy. art. *Phlébite.*
(2) Voy. Nélaton, *Thèse sur les tubercules des os.*

Les mêmes signes distinctifs appartiennent à l'*arthrite blennorrhagique.*

2° Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'inflammation articulaire dans la phlébite.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.	INFLAMMATION ET SUPPURATION DES ARTICULATIONS DANS LA PHLÉBITE.
Phénomènes locaux mobiles ; du jour au lendemain, une articulation devient libre, et une autre se prend.	*Fixité des phénomènes locaux.*
Dans aucun cas authentique, *on n'a trouvé de pus* dans les articulations malades.	Collections purulentes *se formant avec la plus grande facilité ;* parfois sans que les tissus qui les renferment paraissent enflammés.
Phénomènes généraux médiocrement intenses ; ni délire, ni stupeur, ni troubles graves des voies digestives.	*Phénomènes généraux très violents ;* délire, stupeur, etc.
L'examen le plus attentif *ne fait trouver nulle part le point de départ de la maladie ;* pas d'abcès, pas d'inflammation des veines, de plaie, etc.	Un examen attentif *fait ordinairement trouver le point de départ de la maladie ;* abcès, plaie, etc.

Le même diagnostic différentiel s'applique à la *fièvre puerpérale* avec collections purulentes dans les articulations, qu'il y ait ou non phlébite utérine.

Pronostic. On peut dire d'une manière générale que le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est peu grave. Cependant nous avons vu plus haut que, dans quelques cas très rares, la maladie s'est terminée rapidement par la mort, et nous savons qu'un rhumatisme articulaire aigu peut passer à l'état chronique. On a vu des sujets entièrement perclus par suite de ce passage à l'état chronique. Peut-on prévoir ces fâcheuses terminaisons? En général, on ne le peut pas dans les premiers jours de la maladie. Lorsqu'un délire violent survient, on doit craindre une mort prochaine. Il n'est pas très rare de voir des rhumatismes, après avoir paru se terminer très favorablement, offrir pendant un certain temps des symptômes subaigus; généralement cet état disparaît au bout d'un temps variable, mais s'il se prolonge au delà de deux ou trois mois, et si les articulations restent fortement prises, on doit craindre que le mal ne devienne très rebelle. Je rechercherai plus loin si l'on peut attribuer à certaines médications une influence sur la terminaison par la mort.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du rhumatisme articulaire est la partie la plus difficile de l'histoire de cette maladie. On a préconisé un nombre assez considérable de médications contre elle; mais on chercherait en vain un travail dans lequel les faits aient été étudiés avec toute la rigueur nécessaire. Ce serait une étude bien utile et qui mettrait fin à bien des discussions, que celle qui, s'appuyant sur l'observation exacte et rigoureuse, nous ferait connaître avec précision le degré d'efficacité des moyens mis en usage. Quant à présent, ce que nous pouvons faire de mieux, c'est de nous liver à l'examen critique des divers traitements proposés, et d'en signaler, autant que nous le pourrons, les avantages et les inconvénients. Comme je l'ai fait pour la *pneumonie* (1), je vais passer successivement en revue les principales médications conseillées par les auteurs.

(1) Voy. art. *Pneumonie.*

Émissions sanguines. Les émissions sanguines et locales forment presque exclusivement le traitement mis en usage par M. Bouillaud (1) ; mais avant d'exposer la méthode de cet auteur et de l'apprécier, nous devons dire un mot des *émissions sanguines modérées* auxquelles ont recours la plupart des autres praticiens. Comme le faisaient Sydenham et Stoll à la fin de leur pratique, on ne tire ordinairement aux malades qu'une quantité de sang qui n'excède pas, si même elle l'égale, celle qu'on enlève aux malades atteints de pneumonie. Mais aucun médecin ne se dispense de pratiquer la *saignée générale* lorsque le rhumatisme a une assez grande intensité. Suivant M. Chomel (2), il suffit de pratiquer une ou deux saignées, et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, cette pratique est, en effet, utile. Mais, d'une part, il ne faut pas croire qu'il y ait rien d'absolu dans une semblable proposition, et tout le monde convient que le praticien doit, dans certains cas, augmenter le nombre des saignées, et de l'autre, ainsi que je l'ai dit plus haut, il ne faut pas oublier que nous discutons surtout une question de durée. Les partisans des saignées très abondantes et promptement répétées ne nient pas, en effet, que, par les saignées modérées, les malades ne guérissent, mais ils prétendent abréger beaucoup la durée de la maladie, et de plus prévenir des complications très graves. Quant à savoir si l'on doit pratiquer un plus ou moins grand nombre de saignées, c'est au médecin à le décider, suivant la violence du cas, l'âge, la vigueur du sujet, en un mot, d'après les indications générales qu'on ne doit jamais perdre de vue dans la pathologie spéciale. La seconde partie de la question est beaucoup plus simple, c'est sur elle que la discussion a porté, et l'on sait combien cette discussion a été vive. Voyons donc ce que nous apprend l'étude des faits sur ce point important de thérapeutique.

Sydenham, Stoll, et plusieurs autres médecins avant ces quinze dernières années, ont vanté ou blâmé les saignées très abondantes et répétées. On sait, et j'ai déjà dit que Sydenham, en particulier, après avoir eu recours à ce moyen de traitement, n'employait plus, vers la fin de sa pratique, que les saignées modérées. Mais je n'insiste pas sur ces détails, parce que les auteurs qui nous ont précédé n'ont pas traité la question à l'aide de l'analyse des faits, que leur blâme ou leur approbation n'est que le résultat d'une appréciation générale dont le peu de solidité est aujourd'hui bien reconnu, et qu'il est impossible, avec de pareils documents, de donner une solution rigoureuse de la question. M. Bouillaud ayant, au contraire, dans les cas précédemment cités, rapporté ses observations, c'est d'après elles que nous allons nous prononcer.

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP (BOUILLAUD).

Voici comment les auteurs du *Compendium* ont exposé la manière dont M. Bouillaud traite le rhumatisme articulaire aigu : « La *nouvelle formule* qu'il a fait connaître peut, disent-ils, être résumée ainsi : 1er *jour :* Dans l'hôpital, à la visite du soir, on pratique une saignée du bras de 4 palettes. 2e *jour :* Une saignée de 3 palettes et demie à 4 palettes matin et soir, et dans l'intervalle une application de sangsues, ou mieux des ventouses scarifiées autour des articulations

(1) *Loc. cit.*
(2) *Voy.* Requin, p. 281.

les plus malades, ainsi que sur la région précordiale ou le thorax, suivant qu'il existe une endo-péricardite, une pleurésie ou une pleuro-pneumonie. La saignée locale doit être de 3, 4 ou même 5 palettes. 3° *jour :* Dans les cas graves, on pratique une quatrième saignée de 3 à 4 palettes, et une saignée locale de la même dose sur les mêmes points. Dans les cas d'amélioration, on s'arrête. 4° *jour :* Si la résolution n'est pas franche, on pratique une cinquième saignée de 3 palettes. 5°, 6° et 7° *jours :* Dans les rhumatismes articulaires aigus très graves avec endocardite ou endo-péricardite ou pleurésie très prononcées, le temps des émissions sanguines n'est pas passé. Alors, dans l'espace des trois jours dont il s'agit, on pratique deux ou trois nouvelles saignées du bras et une nouvelle saignée locale, en même temps qu'on applique de larges vésicatoires, soit sur la région du cœur, soit sur les articulations, soit enfin sur l'une et sur les autres en même temps. Dans quelques cas de cette dernière catégorie, nous avons été obligé, dit M. Bouillaud, de tirer jusqu'à 8, 9 et 10 livres de sang (1). » M. Bouillaud veut que l'on modifie sa formule suivant l'âge, la force et la constitution des sujets, suivant l'intensité de la maladie et les complications. Dans les cas d'une intensité moyenne, il a suffi, pour guérir, de cinq saignées générales et locales de 3 à 4 palettes (4 livres et demie de sang en quarante-huit heures); dans les cas graves, six ou sept saignées locales et générales de 3 à 4 palettes (5 à 6 livres de sang en trois ou quatre jours). Certaines conditions constituent pour M. Bouillaud des contre-indications formelles aux émissions sanguines. Il emploie comme moyens adjuvants les cataplasmes, les vésicatoires, la compression sur les jointures, l'opium à l'intérieur ou par la méthode endermique.

« En suivant cette méthode, continuent les auteurs que je viens de citer, M. Bouillaud a vu la convalescence se déclarer franchement le septième ou le huitième jour, en règle générale, dans la majorité des cas graves. On peut, à partir de cette époque, commencer à nourrir les sujets. Les trois grands résultats auxquels conduit cette médication, suivant M. Bouillaud, sont : 1° de réduire à zéro la mortalité, même dans les cas les plus graves, pourvu qu'elle puisse être employée à temps ; 2° de prévenir le passage de la maladie à l'état chronique ; 3° d'abréger la durée du rhumatisme articulaire aigu intense, de telle sorte qu'elle n'est plus que d'un à deux septénaires, au lieu de six à huit, terme moyen. »

J'ai voulu exposer d'abord d'une manière très précise la manière d'agir de M. Bouillaud et les résultats qu'il prétend obtenir. Maintenant cherchons ce qu'il y a de positif dans tout cela.

Pour établir la durée d'une affection, il faut un interrogatoire très circonstancié, car il n'est presque aucun cas où, en adressant au malade des questions très précises, on ne parvienne à s'assurer que la maladie remonte à un, deux, trois jours, et plus encore, au delà du moment auquel une première réponse avait fixé le début. Or il n'y a qu'à prendre au hasard une observation de M. Bouillaud, pour s'assurer que, contrairement à tous les principes, cet auteur se contente de la première assertion des malades. En second lieu, M. Bouillaud fixe le commencement de la convalescence à une époque où elle ne saurait être fixée; dès qu'il croit pouvoir permettre du bouillon, le malade est convalescent. Or il permet du bouillon

(1) *Ouvrage cité*, p. 351.

à des malades qui ont jusqu'à 100 pulsations (1), qui ont encore les articulations plus ou moins prises, et chez lesquels une nouvelle apparition des douleurs, après un temps très court, prouve que l'amélioration était une de celles que nous avons signalées comme fréquentes dans le rhumatisme, et qu'on a tort de prendre pour la convalescence. En outre, M. Bouillaud, en avançant qu'il réduit la durée du rhumatisme à un ou deux septénaires, emploie une mauvaise expression, puisque cette assertion ne peut s'appliquer qu'à la durée du traitement, ainsi que toutes les observations qu'il a publiées le démontrent. D'un autre côté, en fixant la durée ordinaire du rhumatisme articulaire à un intervalle de six à huit septénaires, il fait entrer dans cette appréciation les cas d'une durée extrême, ce qu'il ne fait pas quand il s'agit de son traitement.

Ces considérations doivent déjà jeter beaucoup de doutes sur l'exactitude des résultats proclamés par M. Bouillaud. Elles ne sont pas les seules. Ayant examiné les faits rapportés dans un *compte rendu* de la Clinique de ce médecin (2), j'ai fait voir qu'en étudiant l'influence des saignées dans les cas comparables, on trouve que les sujets auxquels on a pratiqué le moins grand nombre de saignées ont guéri plus vite que les autres ; que la durée seule du traitement a été de plus de quatorze jours, terme moyen ; qu'elle a fréquemment dépassé ce chiffre, de sorte qu'en définitive, la durée de la maladie n'a pas été sensiblement abrégée.

Si nous joignons à ces objections, ce qui est reconnu par tout le monde, que la durée de la convalescence est augmentée par les émissions sanguines trop répétées, que les malades restent pendant longtemps débiles, et si, d'un autre côté, nous nous rappelons que cet état de faiblesse prédispose à contracter des maladies graves, nous reconnaîtrons que, malgré les assertions de M. Bouillaud, il est très douteux que les émissions sanguines abondantes, et répétées à de courts intervalles, aient l'utilité qu'il leur a attribuée, et même qu'elles ne soient pas nuisibles.

Il est vrai que M. Bouillaud nous dit que sa formule des saignées prévient les complications d'endocardite et de péricardite, guérit ces complications quand elles existent, et réduit la mortalité du rhumatisme aigu à zéro. Il est bien difficile de dire si le traitement de M. Bouillaud peut ou ne peut pas prévenir les complications dont il s'agit. Ce qu'il y a de certain, c'est que personne n'a trouvé ces complications aussi fréquemment que lui, et cela dans une proportion immense. Est-ce parce que leur existence n'est pas aussi bien reconnue par les autres médecins que par lui ? Personne ne le croira. La question a été étudiée par des observateurs à qui la percussion et l'auscultation du cœur sont aussi familières que possible ; ils n'ont trouvé que rarement ces complications. Ne serait-ce pas plutôt parce que les signes auxquels M. Bouillaud reconnaît l'existence d'une endocardite ne peuvent être admis par un observateur rigoureux ? J'ai fait voir, dans un autre endroit de cet ouvrage (3), qu'il en est réellement ainsi, et l'expérience de chaque jour vient confirmer cette manière de voir.

M. Bouillaud ajoute que, par son traitement, il réduit la mortalité à zéro ; cette assertion mérite un examen particulier. Ne semble-t-il pas, à entendre cet auteur,

(1) *Clinique de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, 3 vol. in-8. — *Trait. du rhumatisme aigu*, obs. 3ᵉ.
(2) Voy. *Journ. hebd.*, 1836, p. 16.
(3) Voy. art. *Pneumonie aiguë*.

que le rhumatisme articulaire aigu est une affection très menaçante pour l'existence, et qu'avoir une mortalité de zéro est un grand succès ? Mais qu'on examine les faits sans prévention : le rhumatisme articulaire aigu, quand il atteint un sujet qui n'avait pas déjà une autre maladie, et c'est le cas (les maladies du cœur exceptées) dans lequel se trouvaient les malades traités par M. Bouillaud, est une affection qui se termine naturellement par la guérison. Les cas dans lesquels il en est autrement sont tout à fait exceptionnels ; à peine peut-on en citer quelques uns sur les milliers que nous connaissons, et il est beaucoup de médecins qui, dans une longue pratique en ville et dans les hôpitaux, n'ont pas vu un sujet succomber à cette affection, bien qu'ils n'aient mis en usage que le traitement ordinaire : cette considération ne doit donc pas nous arrêter un seul instant, et n'ajoute absolument rien à la valeur du traitement préconisé par M. Bouillaud.

Je ne peux pas pousser plus loin cet examen, et, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, il m'est impossible de donner l'analyse des faits rapportés par M. Bouillaud. Ce que je peux affirmer, et je dois le faire parce qu'il s'agit d'un point de thérapeutique dont la solution intéresse la réputation du médecin et la santé de ses clients, c'est que les recherches pour démontrer l'efficacité des saignées abondantes et répétées à de courts intervalles ont été faites en dehors de tous les principes, et avec la plus grande négligence, qu'elles manquent par conséquent de tous les caractères qui peuvent leur donner une autorité suffisante, et que s'il y a quelque chose de vrai dans les assertions de M. Bouillaud, il est impossible d'en acquérir la conviction dans ce qu'il a écrit.

Tartre stibié à haute dose. A l'époque où l'on constata pour la première fois en France les bons effets du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie, on fut si émerveillé de ces résultats, qu'on appliqua la même médication à un assez grand nombre d'autres affections aiguës. Laennec qui, comme nous l'avons dit ailleurs (1), fut celui qui expérimenta le premier le tartre stibié à haute dose, s'empressa de soumettre à cette médication les sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu, et l'on trouve dans un recueil de médecine (2) un certain nombre de faits publiés pour prouver l'efficacité du médicament dont il s'agit. Dans ces observations, nous remarquons l'absence d'un très grand nombre de détails importants, et les recherches de Dance (3) sont venues démontrer qu'on s'en était laissé imposer par les apparences. Il résulte, en effet, des observations recueillies par cet auteur, que le tartre stibié à haute dose n'a pas eu sur la marche de la maladie plus d'influence que les autres médicaments habituellement mis en usage, tandis qu'il a les inconvénients bien connus d'une superpurgation qui peut quelquefois aller plus loin qu'on ne le désire. Aujourd'hui les conclusions du mémoire de Dance sont généralement adoptées, le tartre stibié à haute dose ne fait plus partie du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Comme M. Martin-Solon, que je citerai tout à l'heure à propos du traitement par le nitrate de potasse à haute dose, les médecins qui ont voulu avoir recours à l'émétique lui ont trouvé des inconvénients qui les ont forcés à y renoncer, et par conséquent, sans m'arrêter aux observations

(1) Voy. art. *Pneumonie*.
(2) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*, t. I.
(3) *Sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumat. articul. aigu* ; (*Arch. gén. de méd.* 1829).

de Spadafora, Strambio, Wolff, Bang, etc., etc., qui ne sont pas plus concluantes que celles de Laennec, je me contenterai de dire que dans cette médication l'émétique est administré de la même manière que dans le traitement de la pneumonie, et que quelques médecins ont porté la dose de ce médicament, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à 0,70 grammes et plus.

Ce serait ici le lieu de dire un mot de l'emploi des vomitifs et des purgatifs à la dose ordinaire; mais je crois qu'il vaut mieux continuer d'exposer les médications spéciales, et n'aborder qu'à la fin de cet article les moyens ordinaires.

Nitrate de potasse à haute dose. Déjà Brocklesby, Macbride et William Whytt avaient, dans le siècle dernier, vanté l'efficacité du nitrate de potasse à dose très élevée contre le rhumatisme articulaire aigu, lorsque M. Gendrin (1) eut l'idée de soumettre ses malades à la même médication, et fut bientôt après imité par M. Martin-Solon (2). Ces deux derniers auteurs, à l'exemple des premiers, ont élevé jusqu'à 30 et 60 grammes la dose du nitrate de potasse, ce qui, dans les idées reçues, paraît naturellement une dose énorme. Je ne crois pas devoir insister sur les assertions de Brocklesby et de Whytt, parce que les faits rapportés par MM. Gendrin et Martin-Solon nous offrent un bien plus grand intérêt.

Si l'on s'en rapporte à l'appréciation des faits recueillis par M. Gendrin, telle qu'elle a été publiée, on doit admettre que le traitement a eu une durée moyenne de huit jours, et la maladie une durée de quatorze jours. Mais l'étude attentive des faits ne permet pas de regarder ces résultats comme devant être définitivement adoptés. On y voit, en effet, que, comme dans les observations de M. Bouillaud, le début n'a pas été fixé d'une manière précise, et que les rechutes ont été comptées comme de nouvelles maladies; de telle sorte qu'un sujet qui retombait au bout de deux ou trois jours, qui, par conséquent, ne devait pas être considéré comme guéri, compte dans les relevés pour deux guérisons rapides. Il est donc impossible d'arriver à un résultat positif avec de pareils faits.

M. Martin-Solon a également publié plusieurs séries d'observations, desquelles il tire les conclusions suivantes (3) :

« 1° Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants à la dose de 20 à 60 grammes.

» 2° Il n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, des arthritis partielles apyrétiques, du rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies.

» 3° Appliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la solution en quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les cas les plus intenses, et lorsqu'ils sont simples.

» 4° Ce résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement de la fréquence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau; l'augmentation des sécrétions cutanées, alvine et urinaire, ne semble pas le favoriser.

» 5° Le nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrès du rhumatisme; ou bien, si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat*, 1837, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1841.
(2) *De l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le trait. du rhumat. art.*; *Bull. gén. de thér.*, août, septembre et octobre 1843. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 130.
(3) *Loc. cit.*, octobre 1843, p. 255.

douleurs va graduellement en diminuant. Ce traitement, par sa rapidité, prévient les endocardites, rend la convalescence très courte et les rechutes moins fréquentes.

» 6° Cette médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite.

» 7° Quand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à l'arthritis, les émissions sanguines, ou les divers moyens appropriés à la nouvelle maladie doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un adjuvant utile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisition précieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatisme articulaire aigu qui ne comportent point l'usage des émissions sanguines. »

On peut faire aux observations de M. Martin-Solon les mêmes reproches qu'à celles dont nous avons parlé jusqu'à présent, et, il faut le dire aussi, à celles dont nous aurons à parler encore ; car malheureusement, quoique le traitement du rhumatisme articulaire aigu ait, comme on voit, été l'objet de recherches nombreuses, nous n'avons pas de travail fait de manière à démontrer rigoureusement le degré d'efficacité des divers moyens mis en usage. Il est surtout à regretter que, par crainte de fatiguer le lecteur, M. Martin-Solon ait cru devoir donner ses observations sous forme d'extraits. Il en résulte que les détails très circonstanciés, qui sont nécessaires toutes les fois qu'il s'agit d'une question de thérapeutique, manquent plus ou moins complétement, et que, surtout au point de vue de la durée de la maladie, on trouve beaucoup de vague dans les faits. Or on sait combien ce point est important quand on veut apprécier l'action réelle d'un médicament dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Cependant il me paraît résulter des faits précédents, et d'un certain nombre que j'ai pu observer, que le nitrate de potasse à dose élevée est loin d'être sans effet contre le rhumatisme articulaire aigu, et que cet effet est en général favorable. C'est seulement le degré de son action que nous ne connaissons pas parfaitement, et que des travaux entrepris suivant les principes que j'ai posés plus haut pourront seuls nous faire connaître.

Il est en outre une question que nous ne pouvons pas nous empêcher de poser : Le nitrate de potasse, donné à d'aussi fortes doses, est-il un médicament sans danger ? M. Martin-Solon, qui s'est posé cette question, reconnaît que cette substance cause de graves accidents, à la dose de 30 à 60 grammes, ainsi que l'ont constaté MM. Orfila, Devergie, etc. ; mais il attribue ces accidents à ce que le sel a été donné, dans les expérimentations, à l'état concentré. Aussi recommande-t-il vivement, comme on le verra tout à l'heure, de l'administrer dans une assez grande quantité de liquide. De cette manière, il n'a produit entre les mains des praticiens que quelques phénomènes nerveux peu graves, et qui ne doivent pas être nécessairement mis sur le compte du médicament. Mais on a cité des cas de mort pendant l'emploi du nitrate de potasse ; pour mon compte, j'en connais deux dans lesquels la mort fut presque subite, et précédée de signes d'empoisonnement identiques dans les deux cas, tels que la petitesse, l'affaiblissement du pouls, le refroidissement des extrémités, etc., quoique rien dans la marche et les symptômes de la maladie ne pût faire prévoir un pareil accident, et que la dose du médicament n'eût été portée qu'à 10 ou 12 grammes. Faut-il en accuser le nitrate de potasse ? Je n'oserais l'affirmer ; mais de pareils faits sont de nature à donner de

graves appréhensions. Je reviendrai sur ce point en parlant du traitement par le sulfate de quinine à haute dose. En attendant, voici comment M. Martin-Solon administre le nitrate de potasse :

» Pour obtenir de bons résultats, il faut, dit-il, que les malades soient exempts d'irritation inflammatoire grave des voies digestives. L'état saburral, l'ictère faible, apyrétique et sans lésion organique, n'en contre-indiquent pas l'emploi. Nous avons vu ces complications se dissiper, sans moyens spéciaux, pendant qu'un malade faisait usage du médicament. Il faut enfin le prescrire aux doses de 8, 10 et 15 grammes par pot de tisane, de manière que le malade prenne dans les vingt-quatre heures de 16 à 20, 40 ou même 60 grammes de sel potassique. La dose ordinaire est de 30 grammes; on ne doit arriver à 60 que quand la soif est vive et qu'il devient nécessaire d'accorder cinq ou six pots de tisane pour l'étancher. On peut employer pour véhicule une simple limonade, une infusion de fleurs de tilleul, de fleurs pectorales, de feuilles de petit chêne, ou de toute autre plante légèrement aromatique qui s'accommoderait au goût du malade. La tisane sera convenablement édulcorée ; toujours potable à l'hôpital, il est facile de la rendre agréable en ville. On la donne par verres d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure, selon la quantité qu'on en doit administrer. Le malade la prendra chaude ou froide, suivant son désir : la plupart la préfèrent à cette dernière température.

» Si le rhumatisant est peu altéré, on devra porter à 15 grammes la dose de nitrate de potasse par chaque litre de boisson. Plusieurs de nos malades ont pris de cette manière un ou deux pots de cette solution saline édulcorée, sans répugnance. Dans d'autres cas, nous avons fait transformer plusieurs grammes en pilules, et nous avons ainsi évité de prescrire une trop grande masse de liquide. Nous croyons qu'il faut éviter ces modes d'emploi, puisqu'ils équivaudraient aux solutions très concentrées dont on a signalé les inconvénients.

» Quand du dévoiement existe ou survient chez les malades soumis, dans le rhumatisme, à l'usage du nitrate de potasse, nous ajoutons du sirop de pavot blanc à la tisane, et la tolérance s'établit. »

En exposant la médication par le nitrate de potasse à haute dose, j'ai tâché d'apprécier autant que possible sa valeur ; il serait par conséquent inutile d'y revenir ici, d'autant plus que je me réserve de dire quelques mots d'une manière générale sur les traitements spéciaux qui ont été préconisés dans ces derniers temps.

M. le docteur Basham (1) a administré le nitrate de potasse à des doses très élevées : jusqu'à 60 et 70 grammes. Il est arrivé à des résultats semblables à ceux qu'a obtenus M. Martin-Solon. Mais ce qui distingue sa médication, c'est qu'*il emploie aussi le sel à l'extérieur*. Il se sert pour cela d'un *tissu feutré spongieux sur lequel il répand le sel après l'avoir mouillé*, puis il l'applique sur la partie enflammée et l'assujettit au moyen d'une bande. Des expériences de M. Basham il résulte que cette médication a une action sédative réelle. Elle mérite d'être expérimentée de nouveau.

Sulfate de quinine à haute dose. Je me contenterai, avant d'aborder le traitement par le sulfate de quinine à haute dose, de rappeler que le *quinquina*

(1) Voy. *Union médicale*, 12 mars 1850.

avait déjà été employé contre le rhumatisme articulaire aigu. Ce traitement est aujourd'hui complétement abandonné, et plusieurs raisons empêchent de croire qu'il soit jamais repris. D'ailleurs, on ne pourrait pas administrer le quinquina à dose comparable à celle du sulfate de quinine, en sorte qu'il n'y aurait aucun intérêt à dire comment agissaient Morton, Fothergill, Saunders, Johnson, Van-Swieten, etc.

C'est M. Briquet (1) qui le premier en France a expérimenté le sulfate de quinine à haute dose. D'abord il donna ce médicament à la dose de 5 *à* 6 *grammes*; plus tard il réduisit cette quantité, et se contenta de 2 *à* 4 *grammes*, faisant varier la dose suivant l'intensité de la maladie. Aujourd'hui on se contente généralement de 1 gramme 50 centigrammes, ou 2 grammes; rarement on prescrit 3 grammes. Cependant M. Monneret a constaté qu'en prenant certaines précautions on peut aller sans danger jusqu'à 4 et 5 grammes. Voici comment la manière d'administrer ce médicament est exposée dans le *Compendium* (2) : « Le sulfate de quinine doit être pris exclusivement par la bouche, et dans une potion de 150 à 180 grammes. On forme cette potion avec de l'eau distillée ou une solution gommeuse que l'on édulcore avec le sirop de limons, de groseille, de framboises, etc. Le sulfate de quinine doit toujours être entièrement dissous à l'aide d'un petit excès d'acide sulfurique : il est par conséquent à l'état de bisulfate ; peut-être les accidents que l'on a eu à déplorer, à l'époque où l'on essayait la médication quinique, tiennent-ils à ce que l'on a négligé de prendre la précaution que nous venons d'indiquer. Il faut ne donner la potion qu'à doses fractionnées, toutes les heures, par exemple, et s'arrêter lorsque l'on aperçoit les troubles du système nerveux qui indiquent un commencement d'intoxication. Si l'on se conforme rigoureusement aux règles que nous venons de tracer, on peut prescrire le sulfate de quinine à doses élevées, et pendant longtemps, sans avoir à regretter le moindre accident sérieux. »

Nous devons d'abord approuver complétement ces précautions ; car, lorsqu'on arrive à des doses aussi élevées d'une substance dont les qualités toxiques sont connues de tout le monde, on ne saurait avoir trop de prudence. Il serait même à désirer que des expériences très précises nous apprissent jusqu'à quel point on peut porter, sans inconvénient, la dose du sulfate de quinine suivant la force, l'âge et le sexe des malades, ce qui n'a pas encore été fait, et ce qui est très difficile.

Maintenant, quels sont les résultats qu'on a obtenus à l'aide de cette médication? Ici encore nous sommes arrêtés par les nombreuses considérations que j'ai énumérées en parlant des autres médications spéciales. Les auteurs ne se sont pas assez pénétrés de la nécessité de fixer avec la dernière précision le début de la maladie, et d'établir rigoureusement le commencement de la convalescence. Aussi on peut dire hardiment qu'il est encore impossible de connaître toute la valeur de cette médication. Il y a toutefois certains faits acquis à la science, et que je vais exposer rapidement.

Si d'abord on recherche quelle est l'action du sulfate de quinine à la plus haute dose à laquelle il a été donné, on voit, d'après des faits cités par MM. Briquet,

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1842, t. VIII, p. 152, 898.
(2) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*. Art. *Rhumatisme*, t. VII, p. 390.
(3) *Trait. du rhumat. art. aigu par le sulfate de quinine*. Thèse, Paris, 1847.

Monneret, et plusieurs autres médecins, que fréquemment les douleurs rhumatismales les plus violentes s'apaisent au bout de vingt-quatre ou trente-six heures ; mais il est plus rare de voir cette amélioration remarquable se continuer ensuite sans interruption. On a cité, en effet, des cas nombreux dans lesquels des douleurs complétement dissipées se sont reproduites avec une nouvelle violence au bout de deux ou trois jours, de telle sorte qu'il a fallu les attaquer une seconde et même une troisième fois avec la même vigueur. Or, en pareil cas, le danger est dans l'administration trop longtemps continuée des doses considérables dont il s'agit. Mais continuons d'étudier les effets du médicament.

En même temps que les douleurs se dissipent, la fièvre tombe, et de plus de 100 pulsations le pouls descend rapidement à 80 et 70. Cependant on a exagéré, sous ce rapport, la grande efficacité du sulfate de quinine, puisque nous avons vu plus haut qu'il est rare que, dans le rhumatisme articulaire aigu, le pouls s'élève au-dessus de 90 pulsations, alors même que les douleurs sont le plus intenses. Du reste, ce qui arrive pour les douleurs arrive aussi pour l'état du pouls, c'est-à-dire que, dans les recrudescences fréquentes, le pouls reprend son accélération.

Malgré ces objections, on voit que, dans cette question, tout est subordonné au danger de l'administration de la substance toxique, car les recrudescences ne seraient pas une raison suffisante pour y renoncer, puisqu'on aurait toujours la ressource de les combattre avec le même moyen efficace. Mais on a cité des cas malheureux, et ces cas ont d'autant plus frappé les esprits, que, suivant la remarque qui a été faite précédemment, le rhumatisme articulaire aigu n'est presque jamais une maladie mortelle par elle-même. Toutefois je crois qu'on a été trop loin en attribuant à l'emploi du sulfate de quinine à haute dose tous les accidents qui sont survenus pendant son administration. J'ai cité plus haut un cas dans lequel, contre toutes les prévisions, la maladie s'est promptement terminée par la mort ; si, dans ce cas, on eût administré le sulfate de quinine, on aurait accusé ce médicament de cette terminaison funeste. Je sais qu'il existe d'autres faits absolument semblables, et que, par conséquent, il faut être réservé dans ces accusations. Mais il n'en est pas moins certain qu'on n'avait jamais entendu parler d'aussi nombreux accidents que depuis l'emploi des médicaments à haute dose, et du sulfate de quinine en particulier. Cette seule considération était de nature à faire abandonner les doses très élevées du sel de quinine, et c'est aussi ce qui a été fait. M. Briquet lui-même n'administre plus aujourd'hui que des doses plus modérées, et ne dépasse pas 2 ou 3 grammes.

A cette dose, le sulfate de quinine ne produit pas des résultats aussi frappants qu'aux doses précédemment indiquées ; c'est un fait reconnu par tous ceux qui ont mis en usage ces diverses quantités du même médicament. Mais, d'après les recherches de plusieurs auteurs et ce que j'ai observé moi-même, il est loin d'être sans efficacité, même après qu'on a ainsi réduit les proportions auxquelles on l'administre. Au bout de deux ou trois jours, les douleurs s'apaisent, ne tardent pas à disparaître plus ou moins complétement dans une assez grande majorité des cas, et dès ce moment les choses se trouvent dans le même état que lorsque le sulfate de quinine a été administré à dose supérieure. Les rechutes sont-elles plus fréquentes après les doses modérées ? C'est ce qui paraît probable, mais ce qu'il est impossible

encore d'affirmer en l'absence de documents suffisants. Il est bien à désirer que des résultats comparatifs nous soient communiqués à ce sujet, afin que le médecin se trouve dirigé avec précision dans sa pratique.

Les recherches que j'ai citées plus haut ont démontré que les affections qui compliquent le rhumatisme articulaire aigu, et en particulier l'endocardite et la péricardite, ne sont pas avantageusement influencées par l'administration du sulfate de quinine à haute dose; mais rien ne prouve aussi que, dans ces cas particuliers, le médicament ait le moindre effet défavorable.

Il résulte également des faits, que le sulfate de quinine n'a aucune influence sur la marche et sur l'intensité des symptômes de l'affection articulaire, lorsqu'elle est bornée à un seul article, en d'autres termes, dans les cas auxquels on a donné le nom de *rhumatisme mono-articulaire*. Or, n'est-ce pas là encore une nouvelle preuve en faveur de l'opinion que j'ai soutenue plus haut, en m'appuyant sur des faits observés avec le plus grand soin? N'est-ce pas une nouvelle raison de croire que ces prétendus *rhumatismes mono-articulaires* ne sont le plus souvent, si ce n'est toujours, autre chose que l'*arthrite aiguë* dont j'ai donné la description dans un des articles précédents, et ne devons-nous pas ajouter ce signe différentiel à ceux qui ont été présentés dans l'article dont il s'agit? Ainsi de quelque manière que nous envisagions les faits, nous arrivons à prouver qu'il existe deux maladies aiguës spontanées ayant leur siége dans les articulations, et ayant sans doute beaucoup de symptômes communs, mais, d'un autre côté, offrant des différences trop grandes pour ne pas frapper un observateur éclairé; que l'une, l'*arthrite*, est la véritable inflammation articulaire; que l'autre, le *rhumatisme articulaire aigu*, malgré les apparences, a quelque chose d'essentiellement spécial, et qu'une étude superficielle a pu seule les faire confondre.

Maintenant, quelle conduite doit suivre le praticien? Je pense d'abord que, jusqu'à ce que l'on ait démontré mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent que le sulfate de quinine, donné à la dose de 4, 5 et 6 grammes, est innocent des catastrophes dont il a été accusé, on doit s'abstenir de ces doses énormes de sulfate de quinine. Dans les cas peu intenses, on peut facilement se passer de ce médicament, des moyens fort simples amenant promptement le soulagement des malades, et la guérison étant certaine. Dans les autres cas, les doses modérées (1 gramme 50 centigrammes, ou 2 grammes) peuvent être employées, sans négliger les précautions indiquées plus haut, et l'on a lieu d'en attendre une amélioration assez marquée, tout en ne s'exposant pas à des accidents funestes. Espérons que de nouvelles recherches ne tarderont pas à nous permettre de nous expliquer d'une manière plus précise.

J'ajoute, pour compléter ce que j'ai à dire sur cette médication particulière, que les phénomènes par lesquels commence à se manifester l'intoxication sont les étourdissements, la titubation, les éblouissements ou un trouble quelconque de la vue, la surdité; lorsque des idées délirantes, le soulèvement de l'estomac, l'ardeur épigastrique, en un mot, l'ensemble des phénomènes auxquels on a donné le nom d'*ivresse quinique*, vient à se manifester, le danger devient grand. Le médecin devra donc toujours suivre avec une grande attention les effets immédiats du médicament, afin de pouvoir s'arrêter, si les phénomènes que je viens d'indiquer se manifestent avec trop d'intensité.

Comment agit le sulfate de quinine ? Cette question n'est pas aussi oiseuse qu'on pourrait le croire au premier abord, même dans un ouvrage pratique comme celui-ci. Si l'on a égard aux phénomènes immédiats produits par ce sel, et que je viens d'indiquer, on est porté à admettre que c'est principalement à son action sur le système nerveux que le sulfate de quinine doit ses effets avantageux dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. On voit, en effet, dans cette affection, comme, au reste, dans toutes les maladies douloureuses, la douleur disparaître dès que le délire survient ; c'est au point qu'un sujet qui, auparavant, ne pouvait pas supporter le moindre mouvement, se lèvera de son lit, agitera ses membres, etc. Un commencement d'ivresse quinique ne doit-il pas avoir un effet analogue ? On objectera, il est vrai, que, dans un certain nombre de cas, non seulement la douleur a été calmée, les articulations ont repris leur souplesse, mais encore la marche de la maladie a été arrêtée. Ces faits nous prouvent que l'action sur le système nerveux n'est pas la seule, mais non qu'elle n'est pas la principale ; car on conçoit très bien que la douleur excessive, les autres symptômes locaux, l'insomnie qui en résulte, peuvent entretenir l'état fébrile pendant un temps assez long, et que si on les fait cesser, on peut abréger beaucoup la maladie. Cette considération, je le répète, n'est pas sans importance ; car, si l'on en admet la justesse, on sera porté à pousser l'action du sulfate de quinine jusqu'à un commencement d'ivresse, tout en surveillant attentivement les phénomènes. Mais n'oublions pas que l'étude des faits, sous ce point de vue, peut seule nous apprendre si cette explication est bien exacte.

Je ne saurais mieux faire, pour compléter ces considérations sur une question si importante, que de rapporter ici les conclusions d'un travail très consciencieux de M. le docteur Vinet (1). Ces conclusions sont ce que nous avons aujourd'hui de plus précis sur ce sujet et elles résument très bien ce point de thérapeutique.

« 1° Le bisulfate administré aux doses croissantes de 1, 2, et même 3 grammes dans les vingt-quatre heures pendant un certain nombre de jours, pourvu que les doses soient fractionnées chez les malades affectés de rhumatisme articulaire, ne produit aucun accident grave : les effets sont seulement incommodes aux malades. Mais si la dose de 3 grammes n'est pas convenablement fractionnée, ou bien si les prises ne sont pas suffisamment séparées les unes des autres, il pourra survenir des vomissements, des défaillances, des troubles vers le cerveau.

» 2° Les troubles vers les sens de l'ouïe, de la vue, vers le cerveau, apparaissent en général les premiers, sont beaucoup plus nombreux, beaucoup plus incommodes que ceux qui se produisent vers le tube digestif. Les troubles sont le plus souvent en rapport direct par leur intensité, avec les quantités du médicament ingéré et l'excitabilité plus ou moins prononcée des individus : d'où la nécessité de proportionner les doses aux forces, au tempérament des sujets : ces troubles cèdent en général peu de temps après que l'on a suspendu l'emploi du sulfate de quinine.

» 3° La présence du sulfate de quinine dans les urines des malades qui ont été soumis à son action se constate au moyen du bi-iodure de potassium.

» 4° Le sulfate de quinine, donné aux doses modérées indiquées ci-dessus, pro-

(1) *Trait. du rhumat. art. aigu par le sulfate de quinine*, thèse. Paris, 1847.

duit une sédation remarquable et quelquefois très prompte sur la circulation et les douleurs dans le rhumatisme articulaire.

» 5° Il exerce sur l'ensemble de cette maladie une action incontestable, puissante. Dans la moitié des cas, cette action est prompte, durable ; dans l'autre moitié, elle est lente, incertaine et ne prévient pas les rechutes ; dans quelques cas exceptionnels, elle est nulle.

» 6° Les cas où son action semble le plus favorablement s'exercer sont en général ceux où les symptômes tant locaux que généraux sont le plus prononcés.

» 7° Dans les cas où il procure une guérison prompte, il peut prévenir le développement des complications cardiaques : dans les cas où son action est plus lente, il ne semble pas influencer défavorablement les complications qui peuvent naître ou qui peuvent coexister vers les organes intérieurs. Ces complications ne peuvent donc nullement contre-indiquer son emploi. Comme il est insuffisant à résoudre seul certaines de ces affections, il est nécessaire de lui adjoindre dans ces cas les moyens sanctionnés par l'expérience comme les plus propres à les combattre avantageusement.

» 8° Il produit ses effets thérapeutiques d'autant plus promptement en général qu'il est administré à plus forte dose : c'est souvent à la suite d'une perturbation nerveuse un peu intense que se voient les effets thérapeutiques les plus remarquables.

» 9° Administré pendant la rechute, il produit les mêmes effets que pendant la première période de la maladie. »

Nous allons passer maintenant à d'autres médications qui n'ont pas été étudiées avec le même soin, et dont le degré d'efficacité est plus difficile à établir.

Vomitifs. Nous avons vu plus haut comment on a mis en usage le tartre stibié à haute dose, et quels sont les résultats qu'on en a obtenus. Il s'agit ici des vomitifs à dose modérée. Peu de médecins les ont conseillés comme moyens curatifs. En général, on ne les administre que dans quelques circonstances particulières et lorsqu'on suppose qu'il existe un état saburral de l'estomac. Cependant Scudamore et Horn (1) affirment avoir obtenu de bons effets des vomitifs répétés. Mais on sent combien cette assertion est dépourvue de preuves, et c'est pourquoi je passe outre.

Récamier a recommandé une préparation antimoniale, dont je crois devoir dire un mot ici. C'est l'*oxyde blanc d'antimoine ;* voici comment il l'administre :

℞ Looch blanc,

ou bien :

Mucilage de gomme adrag. 120 gram.	Oxyde blanc d'antimoine... 1 gram.

Mêlez. Agitez le mélange avant de le prendre. Dose : une ou deux cuillerées à soupe toutes les deux heures.

On élève chaque jour graduellement la dose de l'oxyde blanc d'antimoine jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes.

Purgatifs. Les médicaments dont il va être question ici ne sont pas regardés, plus que les vomitifs, comme ayant une grande efficacité. On se contente, en gé-

(1) *Horn's Arch.*, 1808.

néral, de les administrer pour entretenir la liberté du ventre, et pour empêcher les efforts douloureux pour aller à la garde robe. Cependant Cullen voulait qu'on donnât les purgatifs à doses élevées, et quelques médecins attachent une certaine importance à cette médication. Rien ne prouve qu'ils aient raison, et la pratique ordinaire doit seule être conseillée. Or, comme il s'agit uniquement de procurer des selles modérées au malade, et que l'on peut considérer la substance purgative comme indifférente, je n'entrerai pas à ce sujet, dans de plus grands détails, et je me contenterai de dire qu'on emploie l'*huile de ricin*, l'*eau de Sedlitz*, le *jalap*, la *scammonée*, etc.

Mais il est deux substances dont il importe de dire quelques mots en particulier. Ce sont le *calomel* et les *préparations* de *colchique*. Le calomel a une double action; aussi le retrouverons-nous parmi les mercuriaux. Il est fréquemment donné en Angleterre à dose purgative aussi bien qu'à dose altérante. Dans le premier cas, on en donne 50 à 60 centigrammes. Il faut surveiller attentivement, dans son emploi, l'état de la bouche, car quelquefois la salivation se produit très promptement. Quel est l'effet de ce médicament sur la marche de la maladie et sur l'intensité des symptômes? Aucun travail exact ne nous permet de répondre catégoriquement à cette question. Dans les pays où on la met en usage, c'est par tradition, mais nullement parce qu'on en a constaté les bons effets d'une manière rigoureuse.

Want fut le premier qui fit connaître l'efficacité du *colchique* dans les affections articulaires; mais comme c'est principalement dans le traitement de la *goutte* qu'il a observé ces résultats, j'indiquerai la préparation qu'il recommande en parlant de cette maladie. Parmi les auteurs qui ont préconisé ce remède, nous trouvons Everard Home, les docteurs Williams, Copland, Chelius, etc.

Les uns prescrivent la *teinture de semences*, les autres la *teinture de bulbe*, d'autres le *vin de colchique*. Je vais indiquer ces préparations, parce qu'il est important qu'elles soient bien faites, l'usage du médicament pouvant être très dangereux.

Teinture de semences de colchique.

℞ Semences de colchique... 64 gram.	Alcool à 33°........... 500 gram.

Faites macérer pendant huit jours et filtrez. Dose : d'abord vingt ou trente gouttes, dans de l'eau sucrée ou de la tisane. Augmentez ensuite la dose graduellement, en surveillant l'état de l'estomac et les intestins, qui peuvent s'irriter facilement. A dose modérée, ce médicament est rangé parmi les *diurétiques*, mais c'est réellement un éméto-cathartique.

La dose précédente doit, comme je viens de le dire, être augmentée graduellement, mais il ne serait pas prudent de dépasser 3 ou 4 grammes.

Teinture de fleurs de colchique.

℞ Fleurs sèches de colchique 30 gram.	Eau-de-vie............. 500 gram.

Faites macérer; exprimez au bout de huit jours.

Le docteur Buschell préfère cette préparation qu'on administre comme la précédente.

Teinture de colchique composée.

℞ Semences de colchique.. 150 gram.	Esprit de sel ammoniac aromat. 1100 gram.

Cette préparation, qui appartient au docteur Williams, est regardée comme plus active que les autres. Elle s'administre de la même manière que les précédentes.

Vin de colchique.

℞ Bulbe de colchique frais..	100 gram.	Alcool à 22°.............	10 gram.
Vin de Malaga....	55 gram.		

Faites macérer pendant huit jours. Dose : vingt à quarante gouttes dans une potion. On augmente graduellement la dose jusqu'aux limites précédemment indiquées.

Je pourrais encore citer le *sirop de colchique*, la *teinture de bulbes de colchique*, etc.; mais les préparations précédentes suffisent.

Maintenant que faut-il penser de l'efficacité de ce médicament? Il a été essayé en France, et, après en avoir vanté les bons effets, on l'a généralement abandonné. D'un autre côté, les auteurs qui l'ont recommandé n'ont pas démontré son efficacité d'une manière rigoureuse; enfin on a signalé des cas dans lesquels des accidents ont été produits, et ces considérations ne sont pas de nature à engager à recourir à un pareil traitement. Il faut donc attendre pour le recommander avec conviction, que des faits nombreux et bien observés soient venus nous prouver que le rhumatisme articulaire aigu, sous l'influence de l'administration du colchique, a une durée moindre, et que ses principaux symptômes perdent promptement de leur intensité.

Vératrine. M. Piédagnel (1) a substitué la *vératrine* à la teinture de colchique; il administre ce médicament par pilules d'un demi-centigramme chacune. Le premier jour il prescrit trois de ces pilules, une le matin, une à midi, une le soir; chaque jour il augmente d'une et va ainsi jusqu'à dix. L'action de ce médicament n'est pas encore complétement jugée. Il n'est pas permis de se prononcer d'une manière définitive. J'ajoute seulement qu'il faut en surveiller les effets, car il peut survenir des troubles fonctionnels assez sérieux, si l'on n'agit pas avec prudence.

Narcotiques. Les narcotiques ont été fréquemment mis en usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Dans la médication ordinaire, on se contente d'administrer 5, 10 ou 15 centigrammes d'opium, dans le but de rendre les douleurs plus supportables, surtout la nuit; mais souvent on a fait des narcotiques le médicament principal, et alors on a porté le médicament à une dose plus élevée, à l'exemple de M. Requin et de M. Corrigan (2). Ce dernier médecin a administré jusqu'à 60 centigrammes d'opium par jour.

L'*opium à l'intérieur* peut être porté à 20, 30 et même 40 centigrammes graduellement, et quelquefois, comme on vient de le voir, on a encore augmenté cette dose. On a dans ces derniers temps, préconisé les *sels de morphine* appliqués suivant la méthode endermique. Suivant MM. Trousseau et Bonnet (3), les sels de morphine agissent presque exclusivement par leurs effets locaux. Aussi, bien qu'ils aient réussi à faire disparaître assez promptement les douleurs dans certaines articulations, ils n'ont produit aucun effet bien marqué sur la marche de la maladie, et la douleur, dissipée dans un point, ne tardait pas à se porter dans un autre. Pour appliquer ainsi la morphine, on place sur l'articulation malade un *petit vési-*

(1) *Journal des conn. méd.-chirurg.* 1er août 1852.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.* Avril 1840.
(3) *Rech. sur les prép. de morphine dans le trait. du rhumatisme*, etc.

catoire ammoniacal que l'on panse deux fois par jour avec un ou deux centigrammes d'*hydrochlorate de morphine*. On multiplie les vésicatoires suivant le nombre des articulations malades.

Ce qui prouve encore que cette administration de la morphine par la méthode endermique n'a pas, en définitive, une très grande efficacité, c'est que M. Trousseau (1) recommande d'en seconder les effets par l'emploi des purgatifs.

La *belladone* n'a guère été employée qu'à l'extérieur. Le docteur Blakett a prescrit les *bains de belladone* que l'on compose en faisant dissoudre dans l'eau du bain 30 grammes d'extrait de belladone. Cet auteur ne cite qu'un seul fait à l'appui de cette médication. D'autres auteurs ont prescrit des frictions avec des liquides contenant de la belladone ; on a appliqué des cataplasmes faits avec une décoction de cette plante, etc. Je n'insiste pas sur ces moyens, qui n'ont rien de spécial ; aussi me contenterai-je de citer, sans plus d'explications, la *jusquiame*, l'*aconit*, la *ciguë*, la *douce-amère*, la *poudre de Dower* comme ayant été vantés, et d'indiquer la formule suivante, dans laquelle on trouve des narcotiques unis à d'autres substances. Elle appartient à Brera :

Acétate de morphine....	0,05 gram.	Aconit................	0,20 gram.
Acide acétique distillé...	Q. s.	Réglisse en poudre......	2 gram.
Sulfure d'antimoine.....	0,10 gram.	Miel despumé..........	Q. s.

Faites huit bols. Dose : un toutes les deux heures.

M. Clertan (2) associe le *sulfate de morphine* à la dose progressive de 0,01 à 0,07 grammes par jour avec l'*extrait d'aconit* de 0,1 à 0,2 grammes. « Depuis vingt-cinq ans, dit ce médecin, je n'ai jamais vu un rhumatisme, quelque intense qu'il fût, résister plus de quinze jours à l'emploi de ce traitement. » C'est à l'observation ultérieure à nous éclairer définitivement sur ce point ; remarquons, toutefois, que la durée de quinze jours pour le traitement est déjà considérable.

Mercuriaux. J'ai déjà parlé du *calomel* comme purgatif. On en fait également un usage fréquent, en Angleterre, à dose altérante. On en administre 5, 10, 15 centigrammes par jour, à doses fractionnées et à intervalles égaux, pendant qu'on emploie les préparations mercurielles à l'*extérieur*.

Les autres préparations mercurielles administrées à l'intérieur, comme la *liqueur de Van-Swieten*, les *pilules de deuto-chlorure*, etc., ont été principalement dirigées contre le rhumatisme articulaire chronique ; il est donc inutile d'en parler ici. Je dirai seulement que, suivant Niemann, le *mercure associé à l'opium* est le meilleur moyen à opposer au rhumatisme articulaire aigu ; mais c'est là une assertion qui a grand besoin de preuves.

A l'*extérieur*, le mercure est employé presque uniquement sous forme de *frictions avec l'onguent mercuriel*. On a publié (3) quelques faits dans l'intention de démontrer l'efficacité de cette médication ; mais je dois dire que ces faits sont insuffisants, et que nous n'en possédons pas d'autres plus concluants. En sorte que c'est là encore un moyen qu'il faut se contenter de signaler au praticien, sans le juger définitivement. Les frictions avec l'onguent mercuriel doivent être faites sur toutes

(1) *Traité de thérapeutique*, 2 vol. in-8°.
(2) *Journ. des connaiss. méd. prat.* août 1852.
(3) *Gazette médicale de Montpellier*.

les articulations malades et répétées deux ou trois fois par jour. On doit employer chaque fois une dose considérable d'onguent mercuriel (4, 8, 12 grammes), en en répartissant la quantité totale sur les points affectés, suivant l'intensité des symptômes.

M. Leclercq (1) a rapporté sept observations pour prouver l'efficacité du *calomel à doses réfractées* dans le rhumatisme articulaire aigu. Déjà cette médication avait été suivie par M. Robert-Law (2) et M. Duclos (3). M. Blache (4) l'a également expérimentée, et dans les cas qu'il a cités les symptômes se sont rapidement améliorés. Les observations de ce dernier médecin ont plus d'importance que toutes les autres parce qu'il a administré le calomel à peu près seul. Cette substance est administrée de la manière suivante :

℞ Calomel............. 0, 05 gram. | Sucre en poudre........... 5 gram.

Divisez en 12 paquets. A prendre d'heure en heure dans une cuillerée d'eau.

Il faut remarquer que dans les cas cités, le rhumatisme n'a cédé qu'au bout de plusieurs jours et l'on doit multiplier les expériences avant de se prononcer sur la valeur du remède.

Compression. J'ai parlé, dans l'article consacré à l'arthrite aiguë simple, de la compression exercée sur l'articulation malade ; le même moyen, suivant les auteurs, a été employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, et l'on a cité à l'appui de cette assertion les faits rapportés par M. Varlez (5) ; mais quelques mots d'explication sont nécessaires à ce sujet. Les faits publiés par M. Varlez sont peu nombreux ; quelques uns peuvent être regardés comme des exemples d'*arthrite aiguë*, et quant aux autres, on voit qu'il n'y a eu qu'un petit nombre d'articulations prises (trois au plus), et que ces articulations peuvent être facilement comprimées. Ce sont, en effet, les poignets, les genoux, les cous-de-pied. Ce n'est donc que dans des circonstances particulières que ce moyen peut être employé. Sous son influence M. Varlez a vu d'abord les douleurs augmenter notablement, puis disparaître avec promptitude. Il pratiquait la compression à l'aide d'un bandage roulé sur une grande étendue du membre, et l'on arrosait ensuite le bandage avec une décoction émolliente. Ce qui diminue encore la confiance qu'on peut avoir dans ce traitement, c'est qu'il n'a pas été employé seul, et qu'on a eu recours, dans plusieurs cas, aux émissions sanguines locales. Du reste, c'est là un sujet intéressant de recherches.

Bandage inamovible. M. Forget (de Strasbourg) (6) a employé dans le rhumatisme aigu *le bandage inamovible amidonné.* Il a vu au bout de peu de temps ce moyen calmer les douleurs et permettre aux malades des mouvements qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant. Ce moyen local mérite d'être expérimenté de nouveau.

(1) *Union médicale*, 16 juin 1849.
(2) *The Dublin journ. of med. sciences.*
(3) *Bull. gén. de thér.*, 1846.
(4) *Union médicale*, 16 juin 1843.
(5) *De l'utilité de la compr. contre les phleg. art. connues sous les noms de rhum. art. aigu*, etc.; *Arch. gén. de méd.*, t. XIV, 1re série, 1827.
(6) *Traitement mécanique du rhum. art. aigu*, juin 1848 ; *Bull. gén. de thérap.*

Hydrothérapie. M. le docteur Fleury (1) a obtenu une guérison complète dans des cas de rhumatisme aigu à l'aide de la *douche froide*, de la *sudation*.

M. le docteur Andrieux (2) (de Brioude) a cité deux cas dans lesquels l'application de l'*eau froide* à l'aide de l'enveloppement dans des draps mouillés a promptement fait cesser les douleurs du rhumatisme articulaire aigu et a procuré une prompte guérison. Il faudrait des faits plus nombreux pour se prononcer sur ce traitement.

Vésicatoires. M. le docteur Dechilly a employé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu les *larges vésicatoires volants* sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë. Cette méthode qui n'est pas tout à fait nouvelle, ainsi que l'a fait remarquer M. Martin-Solon dans son rapport sur le mémoire de M. Dechilly, a donné lieu à une grande discussion à l'Académie de médecine (3) et il est résulté de l'examen des observations faites par plusieurs membres et en particulier par M. Michel Lévy, que ces observations n'étaient pas aussi concluantes en faveur de ce traitement que paraissait le croire l'auteur. Il n'a d'autres avantages que de hâter la résolution dans quelques articulations plus ou moins gonflées et douloureuses.

Anesthésiques. Récemment M. le docteur Aran a rapporté des faits très intéressants en faveur de l'emploi local du *chloroforme* et de la *liqueur des Hollandais* (éther chlorhydrique chloré). Il a vu que les applications de ces substances, non seulement calment les douleurs, mais encore apaisent les symptômes généraux. La liqueur des Hollandais a, sur le chloroforme, le grand avantage de ne pas enflammer la peau.

Moyens divers. Il serait beaucoup trop long de passer en revue avec détail tous les autres moyens dirigés contre le rhumatisme articulaire aigu. Ils sont, en effet, extrêmement nombreux, et l'expérience n'a pas assez formellement prononcé en faveur de la plupart d'entre eux pour qu'il soit nécessaire de les étudier longuement.

Je mentionnerai d'abord le *gaïac* vanté par le docteur Seymour (4), et le docteur Peraire (5). Le premier a employé le gaïac après la saignée, et n'ayant pas fait la part de ce dernier moyen, il n'a pas suffisamment fait connaître l'efficacité de cette substance. Le second a mis en usage la préparation suivante :

Gaïac porphyrisé..........	4 gram.	Acétate de morphine.....	0,05 gram.
Feuilles d'oranger.........	5 gram.		

Mêlez. Divisez en seize paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une infusion béchique.

D'une part on voit que, dans ce traitement, on a mis en usage l'acétate de morphine, dont l'action doit entrer en ligne de compte ; et de l'autre, les faits rapportés par M. Peraire ne sont pas, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compen-*

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 21 janvier 1850.
(2) *Union médicale*, 23 mars 1848.
(3) *Voy.* le Rapport de M. Martin-Solon et la discussion dont il a été l'objet. *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1850, t. XV, pag. 665 et suiv.
(4) *Rap. sur la méd. la plus effic. dans le trait. du rhum. art. aigu.* Voy. *Gaz. méd.*, 1838.
(5) *De l'emploi du gaïac en poudre dans le rhum. art. aigu* (*Gaz. méd.*, 1843).

dium, assez concluants pour mettre complétement hors de doute l'efficacité du gaiac.

Iodure de potassium. Le docteur Bogros (1) annonce qu'il a obtenu de bons résultats par le traitement suivant, qui est compliqué, mais dont le moyen le plus actif paraît être l'iodure de potassium.

1° Pour tisane, infusion de tilleul avec addition de 4 grammes de *carbonate de soude* par litre.

2° ℞ Eau de tilleul	150 gram.	Teinture de digitale...........	2 gram.
Iodure de potassium.....	4 gram.	Sirop de morphine.........	32 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

3° Pratiquer sur les membres des embrocations avec parties égales de *baume tranquille et d'huile camphrée*.

Ce médecin a recueilli bon nombre d'observations à l'appui de ce traitement, mais il n'en cite qu'une.

Jus de citron. Le docteur Ciraud (2), encouragé par les résultats obtenus par M. Perkins, de Bruxelles, a employé chez un malade dont il cite l'observation, le jus de citron, à la dose de 3 onces par jour, concurremment avec quelques légers purgatifs, et a vu ce cas très grave guérir rapidement sous l'influence de cette médication. Ce moyen si simple mérite d'être expérimenté de nouveau.

L'énumération suivante, donnée par les auteurs du *Compendium* que je viens de citer (3), me paraît devoir trouver place ici : « Nous nous bornerons, disent-ils, à énumérer les médicaments dont voici la liste : *soufre; sous-carbonate de fer; camphre en fumigation* (4); l'*huile essentielle de térébenthine* (12 *grammes d'huile éthérée* mêlée à du *miel*); la *teinture et* l'*extrait d'artichaut* (5); la décoction rapprochée de *ballota lanata* (6). »

« J. Floyer, ajoutent ces auteurs, a vanté les bons effets du *bain froid;* il commençait par tirer du sang, par purger, et faisait plonger le malade dans un bain froid, lorsqu'il n'y avait plus de chaleur ni de sueur à la peau (7). » On voit que, dans ce traitement, le bain froid n'a qu'une importance très secondaire.

Je signalerai encore le *nitrate de potasse en lavement*, recommandé par Vogel. Ce médecin prescrivait :

℞ Nitrate de potasse..... 4 à 6 gram. | Petit lait..... Q. s. p. un lavement.

A prendre le soir, pendant l'exacerbation. Garder ce lavement la nuit.

Viennent ensuite la *digitale pourprée* (Robert Thomas); le *polygala de Virginie* (Sarcone); le *tartre stibié en solution* à l'extérieur, recommandé par Delpech qui l'appliquait ainsi qu'il suit :

℞ Tartre stibié..... 0,15 à 0,20 gram. | Eau distillée........ 240 gram.

Faites des fomentations sur les articulations douloureuses.

(1) *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 15 septembre 1852.
(2) *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 16 mai 1851.
(3) Voy. *Compendium* art. *Rhumatisme*.
(4) Dupasquier, *Rev. méd.*, juin 1826, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1834.
(5) Copeman, *Extrait des journ. anglais* in *Gazette médicale de Paris*, 1837.
(6) Brera, *Journ. it.* in *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1835.
(7) *Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1770.

Mais en voilà assez sur ces médicaments, qui, je le répète, n'ont pas pour eux la sanction de l'expérience.

J'ai indiqué plus haut les *saignées modérées*. Ce moyen fait partie d'un traitement qu'on peut appeler le traitement ordinaire du rhumatisme articulaire aigu, et que, pour cette raison, je dois exposer ici. Il a été formulé par M. Chomel ainsi qu'il suit :

TRAITEMENT DE M. CHOMEL.

Au début : Saignées répétées une ou deux fois au plus ; applications de sangsues, si l'articulation est le siége de douleurs intolérables ; *cataplasmes émollients*, surtout si le malade éprouve une sensation de froid ; *bains tièdes*, avec toutes les précautions nécessaires pour éviter le refroidissement ; *boissons fraîches*, en petite quantité, de demi-heure en demi-heure, si les sueurs sont abondantes ; température de la chambre à 12° R. ; sommier de crin au lieu d'un matelas de laine. Dans les cas de douleurs atroces, faire usage, s'il se peut, d'un lit mécanique qui rende les mouvements moins douloureux. Donner aux articulations malades une position élevée à l'aide d'oreillers.

Quant au *régime*, il consiste d'abord dans une diète absolue, mais il ne faut pas tarder, lorsque la fièvre a notablement diminué, à permettre quelques aliments légers, et dès qu'elle a complétement disparu, on rend graduellement la nourriture plus substantielle.

Lorsque la maladie est vers son déclin, *sudorifiques*, et surtout *bains de vapeur*.

Si la maladie se complique de péricardite ou de pleurésie, combattre la phlegmasie intercurrente par de nouvelles saignées générales et locales, et maintenir le malade à une diète sévère.

Résumé. Je viens de passer en revue les principaux moyens mis en usage contre le rhumatisme articulaire aigu. Quelle est maintenant la conduite que doit tenir le médecin dans les divers cas qui peuvent se présenter à lui ? Il est évident que le traitement auquel M. Chomel a recours, et que je viens de faire connaître, suffit dans les cas peu intenses dans lesquels il n'y a qu'un petit nombre d'articulations atteintes à la fois, et qui ne présentent qu'un léger mouvement fébrile.

Si la réaction fébrile était plus considérable et les douleurs plus grandes, on devrait, d'après les faits rapportés plus haut, recourir au sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes ; et si le cas était encore plus violent, il faudrait, tout en administrant ce dernier médicament, insister davantage sur les émissions sanguines.

Des narcotiques à dose modérée : l'opium, la poudre de Dower, etc., sont administrés dans le but de rendre les douleurs moins insupportables et d'exciter les sueurs, en même temps que les autres moyens combattent efficacement la maladie.

Quant au nitrate de potasse à haute dose, j'ai indiqué plus haut les motifs qui font hésiter dans son emploi, et pour tous les autres médicaments, nous pouvons dire qu'ils n'ont pas en leur faveur des faits assez concluants.

Il serait inutile de donner des ordonnances. Le traitement ordinaire ne varie, en

effet, que du plus au moins, suivant l'intensité de la maladie ; et quant aux médications spéciales, je les ai suffisamment fait connaître.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées ; saignées coup sur coup ; tartre stibié à haute dose ; nitrate de potasse à haute dose ; sulfate de quinine à haute dose ; vomitifs ; purgatifs ; calomel ; colchique ; narcotiques ; mercuriaux ; compression ; vésicatoires ; anesthésiques ; moyens divers ; traitement de M. Chomel ; régime.

ARTICLE IV.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

On peut dire avec assurance que le rhumatisme articulaire chronique est une des maladies du cadre nosologique qui ont été le moins bien étudiées. En général, on a décrit sous ce nom toutes les douleurs à marche chronique qui ont leur siége dans les articulations ou aux environs, et qui s'accompagnent ou non du gonflement de ces parties. D'où il est résulté, comme on peut facilement s'en assurer en parcourant les faits présentés par les auteurs, qu'on a confondu dans une même description de simples douleurs musculaires ou nerveuses, les tumeurs blanches et le rhumatisme articulaire chronique. La première erreur est la moins fâcheuse, car il a suffi d'étudier plus attentivement les faits pour apprendre promptement à distinguer les cas. Il n'en est pas de même de la seconde, et aujourd'hui encore on voit les auteurs attribuer au rhumatisme articulaire chronique les lésions trouvées dans les affections connues sous le nom vague de *tumeurs blanches*, tandis que rien ne prouve que ces tumeurs soient la conséquence de l'affection dont nous nous occupons ici.

Dans les *Leçons cliniques* de M. Chomel, publiées par M. Requin, la description du rhumatisme articulaire chronique et celle de la *goutte* se trouvent tellement mêlées, qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre de ces maladies. Il est regrettable qu'il en soit ainsi. MM. Chomel et Requin, considérant le rhumatisme et la goutte comme des affections identiques, ont pu se croire autorisés à en présenter une description commune ; mais on se demande si, même dans cette manière de voir, il n'eût pas été plus utile de décrire séparément, avec beaucoup de soin, les cas auxquels on donne ordinairement le nom de *goutte*, ceux sur lesquels il ne peut exister aucun doute, et les cas qui ont tous les caractères attribués généralement au rhumatisme articulaire. De cette manière on eût mieux fait ressortir l'identité des deux maladies, si ellé existait réellement, que par une discussion dont je ne nie pas la valeur, et dont je ferai plus loin mon profit (article *Goutte*), mais qui ne vaut jamais la simple exposition et l'analyse des faits.

Ainsi, au premier pas, on se trouve embarrassé quand il s'agit de présenter l'histoire du rhumatisme articulaire chronique, et l'embarras dans lequel se trouve quiconque veut approfondir les questions qui se rattachent à cette affection douloureuse ne cessera que lorsque l'observation la plus attentive nous aura appris à distinguer des faits qui n'ont entre eux que des rapports plus ou moins éloignés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

De ce que je viens de dire, il résulte qu'il est extrêmement difficile de présenter une définition précise du rhumatisme articulaire chronique ; car, ainsi que le font très bien remarquer les auteurs du *Compendium*, dire que le rhumatisme articulaire chronique est l'inflammation chronique et spontanée des articulations, c'est ne rien dire, ou plutôt c'est avancer une assertion des plus contestables. Ces auteurs ont, de leur côté, présenté une définition qui ne me paraît pas s'appliquer à tous les cas, et qui n'est pas à l'abri de la critique dans une de ses parties : « Nous pensons, disent-ils, nous rapprocher autant que possible de la vérité en considérant l'arthro-rhumatisme chronique comme la forme chronique de la phlegmasie rhumatismale qui, après s'être manifestée une ou plusieurs fois sans laisser de trace de son passage, ne s'est pas terminée par une guérison complète, à cause de la prédisposition, ou de conditions morbides particulières. Il en résulte alors une ou plusieurs de ces altérations graves que l'on s'accorde à désigner sous le nom de *tumeurs blanches* (induration, suppuration, érosion des cartilages, etc.). On ne comprendrait pas pourquoi un certain nombre de tumeurs blanches n'auraient pas pour origine le rhumatisme chronique, lorsqu'on voit les phlegmasies aiguës chroniques des autres membranes séreuses provenir de causes très diverses. »

La valeur de ces raisons peut être contestée. D'abord il est des cas, et l'on en trouve dans les auteurs, où le rhumatisme articulaire chronique n'a pas été la conséquence de l'apparition plusieurs fois répétée de l'affection rhumatismale aiguë ou subaiguë ; en second lieu, rien ne prouve que les tumeurs blanches soient produites par le rhumatisme ; enfin, il ne faut pas se borner à invoquer la possibilité de l'influence rhumatismale, il faut démontrer cette influence par les faits : c'est là précisément le fond de la question.

Sans prétendre donner une définition à l'abri de tout reproche, je dirai que le rhumatisme articulaire chronique consiste dans une douleur ordinairement accompagnée de gonflement, continue, mais avec des exacerbations, et envahissant plusieurs articulations à des époques plus ou moins éloignées. Cette définition, qui est un sommaire des principaux symptômes, est la seule qu'on puisse présenter.

On a décrit cette maladie sous les noms d'*arthrite chronique*, d'*arthrite rhumatismale*, de *douleurs articulaires*, etc.

Si l'on ne confond pas sous ce nom une foule d'affections qui n'ont entre elles que des ressemblances insuffisantes, on ne peut pas dire que le rhumatisme articulaire soit très fréquent ; il l'est beaucoup moins que le rhumatisme musculaire.

§ II. — Causes.

Les causes de cette affection sont fort obscures ; les auteurs les ont passées sous silence, ou se sont contentés de rappeler les mêmes causes qu'ils ont assignées au rhumatisme articulaire aigu, en faisant observer qu'elles agissent plus lentement et avec moins de violence. Les observations qui ont été publiées ne nous permettent pas de combler cette lacune. Disons seulement que, dans quelques cas, on voit le rhumatisme articulaire, d'abord aigu, finir par prendre la marche chronique ; que

plus souvent les sujets accusent l'exposition prolongée au froid et à l'humidité d'avoir produit leur affection, qui s'est d'abord développée avec son caractère chronique. C'est dans les *climats* froids et humides qu'elle est observée le plus fréquemment. MM. Chomel et Requin font entrer en ligne de compte l'hérédité ; mais il ne faut pas oublier qu'ils parlent en même temps du rhumatisme et de la goutte, en sorte que nous ne connaissons rien de positif sur ce point. Je le répète, l'étude des causes est encore à faire.

§ III. — Symptômes.

On a divisé, pour la description des symptômes, le rhumatisme articulaire chronique en léger et en intense.

Les symptômes du *rhumatisme articulaire chronique léger* sont les suivants : Douleur dans une ou plusieurs articulations, sans gonflement, sans altération de la peau ; n'augmentant pas par la pression ; augmentant par le mouvement, permettant néanmoins encore la marche et le travail. Le froid exaspère cette douleur, tandis que la chaleur la diminue. Quelquefois, suivant les auteurs, la douleur serait remplacée par un sentiment de fraîcheur.

Cette description est, comme on le voit, très vague. Pour ma part, je ne doute pas qu'on n'ait donné bien des fois le nom de rhumatisme articulaire chronique léger à des névralgies peu intenses occupant un espace limité, la hanche par exemple, et dont on ne savait pas découvrir les vrais caractères. Quand il s'agit d'affections consistant en de simples douleurs, on ne saurait examiner les parties avec trop de soin et c'est ce qu'on ne fait pas ordinairement. Je suis donc loin de garantir l'exactitude de cette description, et je recommande aux observateurs ce point obscur de pathologie.

Rhumatisme articulaire chronique intense. La *douleur* est nécessairement un des principaux caractères du *rhumatisme articulaire intense;* elle est moins vive que celle du rhumatisme articulaire aigu, et fréquemment elle est complétement nulle lorsque l'articulation reste dans une complète immobilité. Lorsque la maladie n'a pas fait de très grands progrès, les *mouvements* sont encore possibles dans une certaine limite ; mais dès qu'on veut dépasser cette limite, la douleur devient insupportable, et égale presque celle du rhumatisme articulaire aigu.

Les articulations douloureuses présentent un *gonflement* plus ou moins notable lorsqu'elles ne sont pas recouvertes d'une grande épaisseur de parties molles, comme les genoux, les poignets, etc. Dans le cas contraire, et surtout lorsque ce sont les épaules qui sont affectées, on n'observe pas de gonflement sensible. Ce gonflement détermine une déformation très variable des articulations, ce qui tient à ce qu'il n'est pas égal partout.

La *peau* qui recouvre l'articulation tuméfiée ne présente rien de remarquable, à moins qu'il n'y ait une reproduction de l'état aigu, comme cela se voit quelquefois, auquel cas elle rougit un peu. La *chaleur* de l'articulation malade n'est pas augmentée. Si l'on imprime à l'articulation de légers mouvements, on y perçoit parfois un *frottement* sensible à la main qui indique des lésions dont je parlerai plus loin.

De l'immobilité à laquelle sont condamnées les parties dont les mouvements viennent retentir dans l'articulation, résulte leur *atrophie ;* c'est ainsi, par exemple,

que, dans un rhumatisme articulaire chronique occupant le poignet, on voit les doigts qui ne peuvent se mouvoir sans que les tendons impriment ce mouvement à l'article, s'amincir et même perdre le libre jeu de leurs articulations propres. L'*ankylose* n'est pas rare.

Les *symptômes locaux* qui viennent d'être décrits diffèrent de ceux du rhumatisme articulaire aigu en ce qu'ils ne se déplacent pas rapidement, comme ceux-ci, pour se porter d'une articulation à l'autre. Mais nous verrons, en parlant de la marche du rhumatisme articulaire chronique tel que je l'entends, qu'il y a néanmoins quelque chose d'analogue.

Cependant les *fonctions digestives* se font librement, sauf, dans quelques cas, un peu de constipation. Ce n'est que dans les cas où le rhumatisme articulaire chronique occupe un grand nombre d'articulations et tient les malades dans une immobilité absolue, qu'on voit les digestions languir et un léger mouvement fébrile se manifester, surtout le soir. Il n'y a pas d'autres symptômes généraux qui méritent d'être mentionnés. Tout à l'heure, en parlant de la marche de la maladie, je ferai connaître les exacerbations auxquelles elle donne lieu.

Dans les cas de rhumatisme articulaire chronique généralisé, condamnant les malades à l'immobilité absolue, on voit se produire vers le sacrum ou sur l'une des deux hanches, en un mot, sur le point sur lequel porte le poids du corps, suivant le décubitus du malade, une ou plusieurs *escarres*, qui sont l'origine de la fièvre, et à la suite desquelles les malades succombent souvent, soit que les progrès de la mortification des tissus aient suffi pour occasionner cette terminaison fâcheuse, soit qu'une phlegmasie intercurrente soit venue emporter le malade.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il arrive quelquefois qu'au début une douleur subaiguë, avec un gonflement léger, se montre dans une articulation, puis disparaît, puis se montre dans une autre articulation, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'après être revenue plus ou moins souvent dans les mêmes points, elle finit par y rester fixée. Ce sont les cas de ce genre qui ont motivé la définition présentée par les auteurs du *Compendium ;* mais le plus souvent la douleur et la tuméfaction restent fixes dans l'articulation primitivement affectée ; seulement il y a des espaces de temps plus ou moins longs dans lesquels elles diminuent notablement, pour revenir ensuite avec une nouvelle intensité. Plus tard, une autre articulation se prend, puis une autre, puis une autre encore, et quelquefois elles s'affectent toutes successivement, de telle sorte que, au bout d'un certain temps, le moindre mouvement, dans quelques points du corps qu'il se passe, détermine des douleurs très vives. On a remarqué que c'est pendant la nuit que ces douleurs sont le plus violentes. Faut-il, comme on l'a fait, attribuer ce résultat à la chaleur du lit ? Je ne le pense pas. Ce qui prouve que cette cause n'a pas l'action qu'on lui attribue, c'est que d'abord la chaleur calme presque toujours les douleurs rhumatismales chroniques, et, en second lieu, que lorsqu'un malade qui peut encore se lever entre dans un lit chaud, il se sent soulagé. Mais voici ce qui arrive : Si le malade s'endort, au bout d'un certain temps il peut être réveillé par des mouvements involontaire qui exaspèrent ses douleurs ; ou bien une position vicieuse ayant été prise par lui, au réveil les articulations se trouvent beaucoup plus endolories. Si, au contraire, il veille, la position qu'il prend lui paraît d'abord agréable, mais, au

bout d'un temps variable, la contraction involontaire des muscles rend les articulations douloureuses, un changement de position devient nécessaire, et les douleurs augmentent. Chez les sujets qui restent au lit et qui s'endorment pendant le jour, on remarque la même exacerbation que pendant la nuit.

Une fois établi, le rhumatisme articulaire chronique ne reste pas ordinairement stationnaire, et, d'un autre côté, il ne fait pas de progrès continuels. Voici, en effet, ce qu'on remarque dans un bon nombre de cas : La douleur et le gonflement articulaires sont, à des époques variables, au summum d'intensité, puis, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, ces symptômes s'apaisent, de telle sorte qu'on peut croire la maladie en voie de guérison ; mais le plus souvent ce n'est là qu'une amélioration passagère, et, au bout d'un certain temps, les symptômes locaux reprennent une nouvelle intensité.

La *durée* du rhumatisme articulaire chronique est indéterminée ; c'est une affection qui dure ordinairement très longtemps, et qui le plus souvent n'occasionne pas la mort par elle-même.

Quant à sa *terminaison*, il résulte de ce que je viens de dire que rarement elle est funeste ; cependant on a cité des exemples de mort occasionnée par la formation d'escarres résultant du décubitus prolongé sur un seul point (1), décubitus forcé par suite des douleurs articulaires. On a dit aussi que les désordres de l'articulation pouvaient être portés au point de causer la mort, mais les auteurs qui ont avancé cette assertion ont regardé les *tumeurs blanches* comme étant, dans un certain nombre de cas, des rhumatismes articulaires chroniques, opinion dont l'exactitude n'est pas démontrée, comme nous le verrons plus loin. Reste la terminaison par la guérison. On en a rapporté d'assez nombreux exemples. Cependant il ne faut pas se dissimuler que le rhumatisme articulaire chronique d'une certaine intensité est une affection très rebelle, et que souvent tous les moyens dirigés contre lui restent sans effet. Les sujets ainsi affectés sont perclus pour le reste de leur existence, qui peut être longue. On en a vu même qui ont eu un très grand nombre d'articulations ankylosées, et chez qui les mouvements de locomotion étaient devenus presque complétement impossibles.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il résulte d'abord d'un certain nombre de faits dans lesquels les articulations ont pu être examinées après la mort, que lorsque le gonflement, la déformation, la douleur des articulations, n'ont pas été très considérables, il n'existe pas d'altération anatomique notable. Dans le cas contraire, on a trouvé les cartilages usés, parfois ulcérés ; les ligaments articulaires interosseux participent à ces lésions. Dans un cas rapporté par M. Requin (obs. 20), il y avait des infiltrations sanguines sous la membrane synoviale. « Quelquefois, dit cet auteur, on trouve, à la place des cartilages articulaires, un tissu cellulo-vasculeux ; au lieu de cette couche nacrée qui revêt, à l'état normal, les extrémités articulaires des os, on voit des bourgeons charnus qui se détachent de la substance osseuse, et souvent il ne reste aucune trace du tissu cartilagineux. » La conséquence de cette dernière lésion est une ankylose qui devient de plus en plus complète à mesure que la maladie fait des progrès.

(1) Voy. Requin, *loc. cit.*

Je viens de rapporter en quelques mots les lésions qu'on a trouvées dans des cas regardés comme des rhumatismes articulaires; mais je ne peux m'empêcher de faire remarquer que l'étude comparative de ces cas et de ceux dans lesquels on ne trouve rien de semblable serait absolument nécessaire pour nous fixer sur la valeur de ces altérations. Le peu de précision avec lequel on a posé des limites au rhumatisme articulaire chronique, la facilité avec laquelle on a donné ce nom à d'autres affections, et notamment aux *tumeurs blanches*, doivent nous laisser des doutes sur la valeur de ces lésions, et je dois encore rappeler ici combien il serait nécessaire que de nouvelles observations soigneusement analysées vinssent enfin jeter quelque jour sur ces questions obscures.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Tout le monde reconnaît que le diagnostic du rhumatisme articulaire chronique est parfois très difficile. Assurément, si l'on se contentait de regarder comme un rhumatisme toute douleur qui a son siége dans une articulation, comme on ne l'a fait que trop souvent, on ferait disparaître toutes les difficultés; mais ce n'est pas ainsi qu'on doit agir, et il faut rechercher si, parmi ces affections, il n'en est pas qui aient des caractères particuliers qui les distinguent suffisamment du rhumatisme. MM. Chomel et Requin posent d'abord le diagnostic différentiel des *tumeurs blanches*, des *affections articulaires de nature syphilitique*, et du rhumatisme articulaire chronique. Le passage dans lequel ces questions sont traitées est trop important pour que je puisse m'empêche de le rapporter textuellement ici, malgré son étendue :

«..... D'abord, disent ces auteurs, voici quels sont les moyens de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la *tumeur blanche*. Si l'affection a débuté d'une manière aiguë ou subaiguë; si surtout plusieurs articulations se sont enflammées à la fois, et qu'elles soient encore actuellement tuméfiées, nul doute alors qu'on n'ait affaire à un rhumatisme, car une tumeur blanche ne s'endolorit que lentement et peu à peu, et, d'autre part, elle existe ordinairement seule; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que deux tumeurs blanches se développent à la fois sur le même individu. S'il n'y a qu'une seule articulation qui soit malade, on peut hésiter à la première vue; mais les circonstances commémoratives viendront éclairer le diagnostic, puisque, dans la grande majorité des cas de rhumatisme, le mal aura commencé par une marche aiguë, et qu'une seule articulation n'en sera devenue l'unique siége qu'après les souffrances simultanées ou successives de plusieurs autres articulations. Il serait, il est vrai, rigoureusement possible qu'un individu rhumatisant fût aussi prédisposé à une tumeur blanche, et que chez lui le rhumatisme antécédent eût servi, comme cause occasionnelle, à mettre à effet cette fâcheuse prédisposition : et voilà même pourquoi beaucoup d'auteurs de chirurgie, et entre autres Boyer (1), ont signalé le *vice rhumatismal* comme une des causes les plus ordinaires des tumeurs blanches. Mais Boyer n'en insiste pas moins sur la distinction à faire entre la tumeur blanche rhumatismale et le rhumatisme goutteux (c'est ainsi qu'il nommait le rhumatisme articulaire) : il trace avec soin le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre affection. Très souvent, en effet, indépendamment des signes anamnestiques plus haut mentionnés,

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV, p. 500.

l'examen attentif des signes actuels fournis par l'articulation malade donnera un résultat positif. Dans le rhumatisme du genou, par exemple, si le gonflement est considérable, c'est qu'il y a épanchement de synovie : de là fluctuation facile à percevoir, et déformation pour ainsi dire régulière de l'articulation en tumeur orbiculaire. Mais dans la tumeur blanche, la fluctuation, s'il en existe, est bornée à un seul point, et la déformation est toujours très irrégulière. En outre, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'enflure, comme Boyer l'a fait judicieusement remarquer, ne présente pas d'ordinaire cette résistance élastique qui caractérise les tumeurs blanches.

» Il est beaucoup plus difficile de distinguer les *affections articulaires syphilitiques* d'avec les affections rhumatismales. Dans l'un et l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être malades à la fois. Vous verrez bien, à la vérité, dans les livres des syphiliographes, que les tumeurs développées dans les os longs par suite de l'infection vénérienne ont leur siége dans le corps de l'os, et non dans les extrémités articulaires ; mais cela n'est pas entièrement exact. Quelquefois la syphilis attaque les extrémités des os longs : c'est un cas rare, à la vérité, mais enfin il est réel. Il est donc important de signaler quels indices, en une telle occurrence, pourront servir à dévoiler la nature du mal. Sans doute, l'articulation peut, comme dans le rhumatisme, offrir à la fois douleur, tumeur, rougeur et chaleur ; mais d'ordinaire ces quatre caractères de l'état inflammatoire ne résident point dans la totalité de l'articulation, et se trouvent confinés dans quelque région partielle ; ils siégeront, par exemple, exclusivement sur l'acromion, sur une seule tubérosité du coude, sur une seule apophyse styloïde au poignet, sur un seul condyle fémoral au genou, sur une seule malléole au cou-de-pied, etc. Il faut pourtant excepter le cas dans lequel l'affection syphilitique de l'extrémité articulaire détermine consécutivement un épanchement synovial ; alors il y a tuméfaction générale de toute l'articulation, mais la douleur encore ne se fait principalement sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de souffrances, le rhumatisant ne pourra pas remuer le membre malade ; le vérolé, au contraire, gardera tous ses mouvements, leur exécution n'augmentant que peu ou point la douleur. Enfin, une fois le soupçon éveillé, les circonstances anamnestiques révéleront au médecin, chez les pseudo-rhumatisants (qu'on me passe cette expression), l'existence antérieure de maladies vénériennes, comme blennorrhagies, chancres, bubons, etc. L'erreur, certes, aura été possible dans le début du traitement ; mais, vu l'insuccès absolu des sangsues, des opiacés et des autres moyens par où l'on parvient d'ordinaire à calmer, sinon à guérir les douleurs rhumatismales, on songera à essayer le mercure, si ce métal n'a pas été administré contre des phénomènes primitifs d'infection vénérienne, ou bien encore s'il ne l'a pas été en quantité suffisante. Si l'hydrargyrose a été employée sans succès, et jusqu'à l'abus, on devra espérer de réussir à l'aide d'autres médications : avec la tisane de Feltz, par exemple, laquelle est indubitablement un excellent antisyphilitique pour les individus saturés de mercure, et a pour principe actif, à ce que pense M. Chomel, l'arsenic contenu en très petite proportion dans l'antimoine cru (sulfure d'antimoine), avec lequel on le prépare. »

Ces considérations, jointes à ce que j'ai dit plus haut sur la marche du rhumatisme articulaire chronique, me paraissent suffisantes pour qu'on ne confonde pas les affections dont il vient d'être question avec la maladie qui nous occupe. J'ajoute

que fréquemment la tumeur blanche a pour cause occasionnelle une violence extérieure chez un sujet prédisposé ; et quant aux affections syphilitiques des articulations, je ferai remarquer que les cas dans lesquels elles peuvent donner lieu à l'erreur de diagnostic prévue par MM. Chomel et Requin sont si rares, qu'on peut les regarder comme exceptionnels.

Quelques auteurs, et parmi eux j'ai déjà eu occasion de signaler MM. Chomel et Requin, ont regardé le rhumatisme articulaire et la goutte comme des affections identiques ; aussi n'en ont-ils pas présenté le diagnostic différentiel. Je ne pense pas que cette identité soit aussi complète que l'ont cru ces médecins. Le diagnostic est par conséquent nécessaire ; mais je le renvoie après la description de la *goutte*, parce qu'il sera plus facile alors d'en saisir les nuances.

Je renvoie également à l'article consacré à l'étude de l'intoxication saturnine la question de savoir si l'*arthralgie saturnine* peut être confondue avec un rhumatisme articulaire, et je dirai alors quels sont les moyens de distinguer ces douleurs de nature différente.

Restent maintenant les *douleurs nerveuses* ayant leur siége autour des articulations, et les douleurs musculaires occupant le même siége. On sera peut-être étonné de me voir mentionner, à propos du rhumatisme articulaire chronique, ces douleurs que les autres auteurs ont négligées ; mais un certain nombre de faits qui ont passé sous mes yeux m'ont prouvé que ce diagnostic n'était pas toujours porté avec la dernière précision, et que s'il est beaucoup de cas où l'on doive attribuer l'erreur à la négligence, il en est quelques uns dans lesquels il y a des difficultés réelles.

Nous savons que ces douleurs nerveuses peuvent être très circonscrites (1), être bornées à la hanche, par exemple. Or j'ai vu des sujets qui, ayant été mal explorés, ont été soumis aux bains et aux douches de vapeur, dans le but de combattre un rhumatisme, et dont la maladie, caractérisée par des points douloureux extra-articulaires et des élancements, avait résisté à ces traitements et cédé aux vésicatoires. Nous retrouverons cette erreur beaucoup plus fréquente quand il s'agira du diagnostic des névralgies et du rhumatisme musculaire ; mais elle est assez importante pour être mentionnée, dans le cas dont il s'agit, car, ainsi qu'on vient de le voir, les conséquences pratiques en sont graves.

J'ai, dans certains cas, observé des *douleurs musculaires* vives et fixes qu'on pouvait confondre avec un rhumatisme articulaire chronique ; mais les cas de ce genre méritent une mention toute particulière ; ils sont trop peu connus pour que ce que je pourrais en dire ici fût suffisamment compris. J'en parlerai dans un des articles suivants (2), et il sera temps alors de les étudier sous le rapport du diagnostic différentiel.

(1) Voy. le *Traité des névralg.*, passim.
(2) Voy. art. *Rhumatisme musculaire*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des tumeurs blanches.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	TUMEUR BLANCHE.
Occupant presque toujours *successivement plusieurs articulations.*	Presque constamment *fixe* dans une articulation.
Alternatives d'exacerbation vive et d'amélioration très grande, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des articulations affectées, tantôt dans un grand nombre à la fois.	Le mal *ne cesse pas de faire des progrès*; il y a des moments de calme, mais non de ces améliorations qui font croire à la guérison, comme dans le rhumatisme articulaire chronique.
Gonflement des articulations *moins irrégulier*; n'atteignant pas un volume à beaucoup près aussi considérable.	Gonflement des articulations *plus irrégulier*; atteignant un volume généralement beaucoup plus considérable.
Fluctuation, lorsqu'elle existe, *plus générale.*	Fluctuation *plus circonscrite.*
Pas de cause occasionnelle appréciable dans beaucoup de cas; n'est *jamais le résultat d'une violence extérieure.*	Fréquemment la *conséquence d'une violence extérieure* chez les sujets prédisposés.

2° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des affections articulaires syphilitiques.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	AFFECTIONS ARTICULAIRES SYPHILITIQUES.
Le gonflement *occupe toute l'étendue* de l'articulation.	Le gonflement *n'occupe* ordinairement qu'*un point limité*, d'une extrémité articulaire.
La douleur est *étendue à tout l'article*, quoique ordinairement plus vive dans un point limité.	Douleur souvent *bornée à un point limité*, alors même qu'il y a un épanchement dans l'articulation.
Douleurs provoquées beaucoup plus vives que les douleurs spontanées.	*Douleurs spontanées plus vives* que les douleurs provoquées, surtout la nuit.
Commémoratifs : Pas de chancres, de bubons, etc.	*Commémoratifs* : Chancres; bubons, etc.; cicatrices de chancres sur la verge.
Traitement antisyphilitique *sans résultat*, ou du moins sans résultat très prompt.	*Prompte amélioration* résultant du traitement antisyphilitique.

Je dois rappeler ici que les cas dans lesquels le médecin est appelé à porter un pareil diagnostic sont très rares; que néanmoins il faut avoir toujours la possibilité de leur existence présente à l'esprit, et que, dans les cas un peu douteux, on ne doit pas hésiter un seul instant à prescrire le mercure, l'iodure de potassium, etc.

Je n'ajoute rien à ce tableau synoptique, les détails dans lesquels je suis entré plus haut me paraissant suffisants.

Pronostic. Il faut, pour que le rhumatisme articulaire chronique menace les jours des malades, qu'il occupe un grand nombre d'articulations, et qu'il soit assez violent pour condamner les sujets à l'immobilité absolue. Alors se forment les escarres dont nous avons parlé plus haut, et la mort en est la conséquence. Dans la plus grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et la vie n'est pas menacée; mais le rhumatisme articulaire chronique est une maladie souvent rebelle, et qu'il est difficile de guérir radicalement; plus la tuméfaction et la déformation de l'article sont grandes, plus la guérison est difficile.

M. Rayer (1) a eu dans son service un malade, qui, atteint depuis 1848 de rhu-

(1) *Union médicale*, 12 février 1853.

matisme articulaire, a vu cette affection devenir chronique et déterminer l'ankylose des vertèbres cervicales.

§ VII. — Traitement.

Comme pour toutes les affections chroniques et souvent rebelles, on a multiplié les moyens de traitement contre le rhumatisme articulaire chronique ; mais les auteurs ont généralement oublié d'appuyer leurs assertions sur un nombre suffisant de faits, en sorte que, si l'on joint cette circonstance au peu de précision du diagnostic dans un bon nombre de cas, on reconnaît qu'il est bien difficile de présenter le traitement de l'affection qui nous occupe, et surtout de se prononcer avec quelque confiance sur la valeur des moyens préconisés par les auteurs.

Tout le monde convient que les *émissions sanguines*, soit générales, soit locales, sont fort rarement indiquées contre cette maladie. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il arrive fréquemment que les symptômes locaux prennent momentanément une plus grande intensité, et en pareil cas, quelques *ventouses scarifiées*, quelques *sangsues* sur l'articulation douloureuse, ont souvent procuré un notable soulagement. Dans les mêmes circonstances, on a recours aux bains locaux avec des substances émollientes (la *décoction de guimauve*, l'*infusion de mauve*), ou bien aux *grands bains* simples ou *gélatineux* plus ou moins prolongés.

Mais je le répète, il est rare qu'il soit nécessaire de recourir à ce traitement *antiphlogistique*, et les guérisons qu'on a obtenues ont presque constamment été procurées par des médications toutes différentes que je vais faire connaître. Le traitement est interne ou externe.

1° *Traitement interne.* Dans le traitement interne, nous trouvons un bon nombre de remèdes spécifiques, vantés par leurs inventeurs et puis plus ou moins abandonnés. Je me contenterai d'indiquer les principaux.

Purgatifs. Les purgatifs ont été employés dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique ; mais on ne borne pas ordinairement la médication à leur emploi. Il est une seule substance, le *colchique*, qui a été mise en usage comme spécifique dans cette affection, ainsi que dans le rhumatisme articulaire aigu. On sait qu'elle fait partie des *pilules de Lartigue*, remède secret employé par un assez grand nombre de médecins, mais que je n'ai pas à apprécier ici. Le docteur Gordon (1) recommande particulièrement le colchique. Je ne m'étendrai pas ici sur l'emploi de cette substance que j'ai exposé dans l'article précédent ; je dirai seulement qu'il serait nécessaire d'avoir des observations nouvelles sur l'efficacité d'un médicament qui peut occasionner des accidents. Nous le retrouverons dans le traitement de la *goutte*.

D'autres *drastiques* ont été administrés ; mais généralement on n'a recours qu'à des purgatifs doux, dans le but de tenir le ventre libre.

Sudorifiques. Les sudorifiques sont bien plus généralement employés, et parmi eux le *gaïac* a joui d'une grande réputation, et a été regardé comme un spécifique. Plenck, qui avait une très grande confiance dans cette substance, la prescrivait ainsi qu'il suit :

(1) Voy. *Revue médicale*, 1826.

℞ Résine de gaïac..........	15 gram.	Savon amygdalin.........	15 gram.

Faites dissoudre dans :

Alcool rectifié.......................... 120 gram.

Mêlez. Dose : quatre grammes par jour dans une infusion de bourrache et de sureau.

On donne encore la tisane de gaïac ordinaire, ou bien on associe cette substance à d'autres espèces sudorifiques, comme dans la formule suivante préconisée par le docteur Smith :

℞ Salsepareille...... Squine.......... Réglisse..........	ãã parties égales.	Gaïac............. Sassafras...........	ãã parties égales.

Incisez également toutes les substances, et mêlez exactement.

Prenez de ces substances ..	30 gram.	Eau commune	1500 gram.

Faites bouillir et réduire à 1000 gram. A prendre par tasses, dans la journée.

On a encore recommandé la potion diaphorétique suivante :

℞ Acétate d'ammoniaque.....	12 gram.	Alcoolat de cannelle.......	8 gram.
Vin blanc..............	160 gram.	Sirop de sucre............	64 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Il serait inutile de multiplier ces citations, attendu que ces prescriptions n'ont réellement rien de spécifique : qu'il me suffise de signaler les *bols diaphorétiques anglais*, les *tisanes* de sureau, de bourrache, etc.; le *rob de sureau*, auquel Quarin attribuait une grande efficacité; la *poudre de Dower* (1), etc.

Diurétiques. Les diurétiques à haute ou à faible dose sont également administrés, mais rien ne prouve qu'ils aient une grande efficacité. Relativement au *nitrate de potasse* à haute dose, M. Martin-Solon (2) nous apprend qu'il ne réussit pas dans le rhumatisme articulaire chronique; mais M. Cargit (3) est arrivé à des résultats bien différents et qu'il importe de faire connaître afin qu'on puisse expérimenter de nouveau son traitement. Ce médecin, comparant l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose et du colchique, a noté ce qui suit :

Sur 100 malades qui ont pris le nitre à haute dose, 61 ou les 6/10ᵉ ont guéri, terme moyen, en 15 jours 3/4; 20 ont éprouvé un grand soulagement sans être guéris; 5 n'ont éprouvé que très peu d'amélioration, 3 n'ont rien obtenu; l'état des 3 autres s'est aggravé.

La dose ordinaire était de 2,50 gramm. trois fois par jour; dans les cas plus graves, on l'a portée jusqu'à 3, 6 et 8 grammes trois fois par jour, et dans un cas jusqu'à 12 grammes.

Ajoutons que, dans quelques cas et suivant les circonstances, l'auteur a également employé les sangsues, les purgatifs, les vésicatoires, les bains de vapeur, etc.

Quant aux autres substances, je mentionnerai la *tisane de bourgeons de sapin* et l'*oxymel scillitique* qui fait partie de la formule suivante proposée par Thilenius :

(1) Voy. *Bull. de l'Acad. de médecine*. Paris, 1844, t. IX, p. 833.
(2) *Ibid.*, t. IX, p. 130.
(3) *London med. Gaz.* et *Bull. gén. de thér.*, 15 mars 1853.

℞ Nitrate de potasse..... 8 à 30 gram.	Tartre stibié...... 0,03 à 0,15 gram.
Eau de sureau............. 150 gram.	Oxymel scillitique....... 30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Mercuriaux. Les mercuriaux, que nous retrouverons dans la médication externe, font aussi partie de la médication interne. Lentin regardait le *sublimé corrosif* comme très efficace. M. Fizeau a rapporté un cas dans lequel il a vu le rhumatisme disparaître après l'usage de la *liqueur de Van-Swieten.* Le docteur Blanc prescrit la préparation suivante :

℞ Deutochlorure de mercure............ 0,10 gram.

Dissolvez dans :

Alcool............................ 120 gram.

Ajoutez :

Vin ammoniacal.................... 25 gouttes.

Mêlez. Dose : 15 grammes deux fois par jour.

Cette dose me paraît très forte; je pense qu'il vaudrait mieux commencer par une quantité bien moins considérable.

Le *calomel* à dose altérante est aussi prescrit par plusieurs médecins; mais relativement au traitement par les mercuriaux, comme pour presque tous les autres, nous n'avons rien de bien positif, et c'est pourquoi je n'insiste pas.

Moyens divers. Je suis également réduit à mentionner les préparations d'*arnica*, les *boissons sulfureuses* et *alcalines*, l'eau de *goudron*, le *soufre* regardé comme un spécifique par le docteur Tuckes (1), l'*huile de foie de morue* recommandée par plusieurs médecins allemands et italiens, mais qui me paraît avoir surtout été administrée dans des cas de tumeur blanche; l'*extrait d'aconit* (Stoerk), l'*huile de cajeput* (Stromeyer), le *lait* (Baglivi, Barthez), le *savon* (Monro), le *phosphore* recommandé par Hartemann (2), la *liqueur arsenicale de Fowler*, la *térébenthine* (Cheyne), l'*iodure de potassium* (Clendinning). Quelques faits rapportés par les auteurs que je viens de citer sont intéressants et doivent engager à essayer de nouveau les médicaments qu'ils préconisent; mais nous ne trouvons pas, dans ces diverses indications, des documents suffisants pour nous faire une idée bien arrêtée.

Du reste, il faut dire, comme remarque générale, que la médication interne ne saurait en aucune manière être comparée, sous le rapport de l'efficacité, à la médication externe. Ce qui le prouve, c'est que, dans presque tous les cas, c'est à celle-ci qu'on a principalement recours, qu'on l'emploie souvent seule, et qu'on l'associe ordinairement à la première. Examinons donc les moyens dont elle se compose.

2° *Traitement externe.* Il faut placer en première ligne les *applications excitantes* sur les parties malades. Elles sont si nombreuses qu'il serait impossible de les rapporter toutes en détail.

Signalons d'abord les *applications camphrées.* Celles que j'ai indiquées à propos

(1) *The Lancet*, 1835.
(2) Voy. Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique.* Paris, 1830, t. II, p. 8.

du rhumatisme articulaire aigu doivent être rappelées ici : ainsi le *cataplasme avec l'alcool saturé de camphre*, etc.

Les liniments excitants sont nombreux. Je citerai particulièrement le *liniment volatil camphré* préparé ainsi qu'il suit :

℞ Huile blanche.............	60 gram.	Camphre.................	4 gram.
Ammoniaque............	8 gram.		

Faites dissoudre le camphre dans l'huile. Introduisez la dissolution dans une bouteille. Ajoutez l'ammoniaque : bouchez et agitez.

Le *baume de Fioraventi*, le *baume opodeldoch* sont aussi d'un usage fréquent.

On a beaucoup vanté le *baume acétique camphré* de Pelletier ; voici sa composition :

Savon animal............	8 gram.	Camphre.................	8 gram.

Faites dissoudre au bain-marie dans :

Éther acétique....................... 80 gram.

Ajoutez :

Huile essentielle de thym.............. 20 gouttes.

Faites, deux fois par jour, des frictions avec ce baume, sur les articulations douloureuses.

Il suffit de mentionner les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, la *chaleur élevée* sur les articulations, l'*urtication*.

Vésicatoires ; moxas ; cautères. L'usage des vésicatoires, des cautères, des moxas sur les articulations douloureuses a été très répandu pendant longtemps. Aujourd'hui on est plus sobre de ces moyens ; des faits nombreux rapportés par MM. Malgaigne, Bonnet et d'autres observateurs, ont prouvé que ces agents énergiques augmentent souvent la douleur, causent l'insomnie, allument la fièvre et finissent par détériorer la constitution sans améliorer très notablement l'état local. On ne doit par conséquent recourir à ces moyens qu'avec prudence, et cependant les faits signalés par M. Guilbert (1) prouvent qu'on aurait tort d'y renoncer complétement. On peut les essayer lorsqu'il n'y a pas de fièvre, lorsque la peau ne présente pas de chaleur anormale au niveau des parties malades et lorsque la douleur est très modérée.

Mercuriaux à l'extérieur. Le mercure est encore plus souvent employé à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les uns l'appliquent sous forme d'emplâtre. Ainsi on a vanté l'action d'un *emplâtre fait avec le cinabre*, de l'*emplâtre de Vigo cum mercurio*, etc. Le docteur Kopp (2) emploie les frictions suivantes :

℞ Deutochlorure de mercure............	0,40 à 0,50 gram.	Éther acétique............	12 gram.
		Alcool rectifié............	24 gram.

Mêlez. Faire, trois ou quatre fois par jour, des frictions sur les articulations malades avec cinquante à cent gouttes de cette solution.

Mais c'est surtout aux *bains de sublimé* qu'on a le plus fréquemment recours. Récamier a assez souvent employé ces bains, et l'on a rapporté des faits de guérison recueillis à sa clinique. M. Trousseau a également préconisé ce moyen, qu'il emploie ainsi qu'il suit :

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1828, t. XVII, p. 452.
(2) *Denkw. in dem Aerztl. Pr.* 1830.

♃ Deutochlorure de mercure. 10 à 30 gram., graduellement.
Alcool..................... 100 gram.

Dissolvez. Versez cette solution dans l'eau du bain. On administre un bain semblable tous les jours, jusqu'à ce que les gencives commencent à se prendre.

J'ai employé avec persévérance ces bains de sublimé dans des cas de rhumatisme articulaire aigu qui tendaient à devenir chroniques, et dans des cas de rhumatisme articulaire chronique bien caractérisé. J'ai acquis la conviction que, chez l'homme adulte, on peut, sans aucune crainte, commencer le traitement par 25 grammes de deutochlorure de mercure ; que l'on peut aussi porter la dose à 40 grammes, et que les gencives se prennent très difficilement. Quant aux effets thérapeutiques du médicament, je dois dire que, dans tous les cas, j'ai observé une amélioration assez rapide ; mais que cette amélioration s'est promptement arrêtée et que je n'ai pas pu obtenir une guérison complète.

Les *fumigations de cinabre* ont été également mises en usage, surtout par Récamier, et on les a associées aux préparations mercurielles prises à l'intérieur de la manière indiquée plus haut.

Applications de teinture d'iode. M. le docteur Gros (1), de Wisserling, a rapporté quatre observations dans lesquelles des *applications locales de teinture alcoolique d'iode* ont dissipé des douleurs anciennes avec gonflement plus ou moins notable dans diverses articulations. Ce traitement mérite d'être expérimenté de nouveau. Son emploi est des plus simples.

M. Gros recommande la teinture de la pharmacopée de Strasbourg, qui contient une partie d'iode pour dix parties d'alcool à 33 degrés ; il n'y a pas grande différence entre cette teinture et celle de la pharmacopée de Paris. On imbibe de la substance une compresse longuette, on l'enroule autour de l'articulation malade, puis on la fixe par quelques tours de bande. Le pansement doit, en général, être renouvelé matin et soir ; cependant, sur les peaux fines et délicates, ou quand il se produit des phlyctènes (ce qui est rare), on peut éloigner les applications ou étendre la teinture de plus ou moins d'eau. Cette précaution est encore utile lorsqu'il y a des solutions de continuité de la peau, ou quand, après avoir enlevé les premières écailles épidermiques formées par le contact de l'iode, la peau au-dessous est très sensible et très mince. Il est sans exemple de voir ces applications déterminer une inflammation vive de la peau ; tout au plus occasionnent-elles des démangeaisons, une légère chaleur et un sentiment de tension dans les parties soumises à l'action de la teinture.

Les *bains de vapeur* sont de l'usage le plus fréquent. Il faut les multiplier si l'on veut pouvoir espérer d'en obtenir de bons effets. Souvent ils fatiguent inutilement les malades lorsqu'il s'agit d'un rhumatisme chronique avec gonflement des articulations, c'est-à-dire du véritable rhumatisme articulaire chronique.

Les *bains aromatiques* (à l'aide des infusions de sauge, de romarin, etc.) ont-ils une plus grande valeur ? C'est ce que nous ne pouvons pas dire d'une manière positive.

Des faits nombreux prouvent l'efficacité, dans un bon nombre de cas, des *bains sulfureux* joints à l'ingestion des eaux sulfureuses ; mais c'est surtout aux établissements d'eaux naturelles qu'on obtient de véritables succès. Aussi doit-on y envoyer

(1) *Union méd.*, 19 mars 1850. 1830.

les malades toutes les fois qu'on le peut. Les eaux de Baréges, de Luchon, d'Aix en Savoie, de Louèche, etc., sont très renommées pour le traitement des maladies articulaires. En général, plus la température des eaux est élevée, plus elles sont chargées de matières sulfureuses, et plus leur action est puissante.

D'un autre côté, on n'a pas moins vanté les *eaux salines*, telles que les eaux de Bourbonne-les-Bains, de Vichy, de Néris, du Mont-Dore. Nous verrons dans l'article suivant quels sont les effets de ces eaux sur la *goutte*, ce qui nous conduira à quelques conclusions sur le rhumatisme articulaire chronique. Quant à présent, je ne veux signaler qu'un fait, c'est que, malgré le nombre immense de cas qui tous les ans sont soumis à l'observation des médecins éclairés, nous nous trouvons toujours arrêtés dès qu'il s'agit de formuler une opinion précise sur l'efficacité des eaux minérales dans des cas déterminés. Nous savons sans doute que ces eaux ont un certain degré d'utilité dans beaucoup de circonstances ; mais quel est ce degré d'utilité ? que doit-on attendre de leur action dans un cas donné ? Voilà ce qu'on ne peut pas dire positivement. Si l'observation rigoureuse pouvait pénétrer dans les établissements thermaux, elle y trouverait la plus belle mine à exploiter.

Les *bains russes* ont été aussi préconisés ; mais je pense qu'on les a spécialement appliqués à des cas où il n'existait aucun gonflement des articulations, à des cas douteux par conséquent.

Les *douches* de vapeur, d'eau simple, d'eau chargée de substances médicamenteuses, agissent dans le même sens que les bains dont je viens de parler. Il serait donc inutile d'entrer dans de grands détails à ce sujet.

Enfin, je dirai qu'il résulte de quelques faits, et notamment de ceux qu'a rapportés M. Briquet (1), que les *bains d'eau simple* à 36 degrés centigrades, mais *prolongés* pendant deux et trois heures, ont réussi dans des circonstances où plusieurs autres moyens actifs ont échoué.

Je ne dois pas oublier de mentionner ici l'*hydrothérapie*. Il résulte des faits rapportés par MM. Scoutetten (2), Lubansky, etc., que le rhumatisme chronique est une des affections dans lesquelles ce mode de traitement réussit le mieux. On ne doit donc pas hésiter d'y avoir recours lorsque la maladie se montre rebelle aux autres agents thérapeutiques. Par ce moyen M. le docteur L. Fleury a réussi à guérir de fausses ankyloses durant depuis longtemps.

Électricité. L'*électricité*, le *galvanisme*, l'*électro-puncture* sont recommandés par Mauduyt (3), par Wilkinson et par plusieurs autres auteurs ; mais ces médecins ont parlé en même temps du rhumatisme musculaire, du rhumatisme articulaire et de plusieurs autres douleurs, en sorte qu'on ne peut pas connaître l'utilité de ce moyen dans l'affection dont nous nous occupons. Tout porte à croire qu'il est beaucoup moins utile que dans les maladies qui consistent uniquement dans une douleur plus ou moins vive.

Compression. La compression a été appliquée au rhumatisme articulaire chronique aussi bien qu'au rhumatisme articulaire aigu. Pour qu'elle soit applicable, il faut que le nombre des articulations affectées ne soit pas trop considérable.

(1) *Bull. gén. de thér.*, t. XV.

(2) *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1843. — Munde, *Hydrothérap.* Paris, 1842, in-12.

(3) *Mém. sur les différentes manières d'administrer l'électricité.* Paris, 1781.

Position. Comme pour le rhumatisme articulaire aigu, M. Bonnet insiste beaucoup sur la nécessité d'une bonne position. On doit, à l'aide d'appareils appropriés, maintenir le membre dans la situation qui sera la plus favorable dans le cas où l'articulation ne reprendrait pas la liberté de ses mouvements. Il serait inutile d'insister sur ce précepte, dont l'importance est très grande dans le cas dont nous nous occupons, parce que l'immobilité favorise la roideur des ligaments.

Mouvements. Mais on tomberait dans un excès contraire si l'on maintenait rigoureusement le membre dans une position fixe, quelque favorable qu'elle soit ; on courrait, en effet, le risque de favoriser l'ankylose, ou du moins de faire naître une roideur très difficile à vaincre. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet (1) conseille de faire exécuter, quatre ou cinq fois par jour, des mouvements méthodiques qui maintiennent l'élasticité des ligaments. Ces mouvements doivent être imprimés d'abord pendant cinq ou six minutes, puis plus longtemps, à mesure que l'amélioration fait des progrès. On doit aussi recommander au malade de se servir de son membre pendant un certain temps et avec mesure, puis plus hardiment. Suivant M. Bonnet, on ne doit pas se laisser arrêter par les craquements que fait entendre l'articulation pendant ces mouvements. Enfin on a cité des cas où l'on a vaincu violemment une résistance qui ne s'est pas reproduite. Je pense qu'il ne faut pas suivre trop légèrement ces exemples. Lorsque l'articulation est encore douloureuse, on risque de voir se reproduire des symptômes aigus. On doit attendre que toute trace de sensibilité morbide ait disparu.

Moyens divers. Il reste un certain nombre de moyens qu'il suffit de mentionner : c'est d'abord l'emploi de la *morphine par la méthode endermique*, qui n'est guère utile que pour faire cesser les douleurs ; puis l'*acupuncture*. Le liniment suivant est conseillé par le docteur Brodie :

℞ Acide sulfurique..........	15 gram.	Huile d'olive..............	45 gram.

Pour frictions, matin et soir.

On peut aussi employer, comme le recommande le docteur Batremeix (2), la *teinture de cantharides* ainsi qu'il suit :

℞ Huile de pétrole...........	30 gram.	Carbonate d'ammoniaque...	8 gram.
Teinture de cantharides....	30 gram.	Huile d'olive..............	Q. s.

Faites un liniment.

Suivant M. Gendron, la solution suivante est utile :

℞ Eau distillée............	60 gram.	Hydrocyanate de potasse...	0,40 gram.

Dissolvez.

Je citerai encore l'*eau de Goulard*, la *térébenthine*, les *frictions sèches*, le *massage*.

3° *Traitement prophylactique.* Les moyens prophylactiques recommandés par MM. Chomel et Requin s'appliquent plus à la *goutte* qu'au rhumatisme articulaire. Voici ce que nous pouvons en tirer de plus utile relativement à la maladie qui nous occupe : on doit se soumettre à un régime très doux, s'abstenir de spiri-

(1) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, p. 176.
(2) *Diss. sur le rhumatisme*. Strasbourg, 1828.

tueux, faire tous les jours un exercice suffisant en plein air, entretenir la liberté du ventre, faire usage des eaux thermales et éviter soigneusement le froid et l'humidité.

Résumé. Quelles conclusions devons-nous tirer de tout ce qui précède? Avant de répondre à cette question, rappelons ce que j'ai eu bien des fois occasion de répéter, c'est que l'on n'a pas suffisamment précisé ce qu'il faut entendre par rhumatisme articulaire chronique; que souvent le diagnostic est incertain; que les auteurs ont fréquemment confondu les diverses lésions articulaires chroniques dans leur appréciation du traitement; enfin que les effets des médicaments n'ont pas été recherchés, comme ils doivent l'être, à l'aide d'une série de faits suffisante. D'où il résulte que les assertions si diverses émises sur le sujet qui nous occupe nous laissent dans le plus grand embarras, et que l'examen des faits publiés ne peut pas servir de base à une opinion solidement établie.

Cependant on peut dire d'une manière générale qu'après avoir, par les antiphlogistiques, fait disparaître toute trace de douleur, on doit promptement recourir aux topiques excitants, à la position du membre et à l'usage des eaux thermales. Toute autre conclusion serait prématurée.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement interne.* Purgatifs; sudorifiques; diurétiques; mercuriaux; moyens divers.

2° *Traitement externe.* Applications excitantes; vésicatoires, moxas, cautères, etc.; mercuriaux à l'extérieur; bains de vapeur; bains aromatiques, bains sulfureux, bains alcalins; douches de vapeur, d'eau chaude simple ou médicamenteuse; bains russes; bains simples prolongés; hydrothérapie; électricité; compression; position; mouvements méthodiques; moyens divers.

3° *Traitement prophylactique.* Régime, exercice; eaux thermales, etc.

ARTICLE V.

GOUTTE.

Avant d'entrer en matière, je dois dire pourquoi j'accorde une description particulière à la goutte. Cette précaution aurait paru très inutile il y a quelques années; mais plusieurs auteurs récents, à la tête desquels se place M. Chomel, ont avancé que la distinction qu'on avait établie avant eux entre le rhumatisme articulaire et la goutte était mal fondée, et que les deux affections sont identiques. Par conséquent, la première question que nous devions nous poser est celle de savoir si une seule description suffit pour les deux maladies, ou s'il faut les distinguer dans le cadre nosologique.

Après avoir examiné les faits et pesé les raisons qui ont fait regarder ces deux affections comme identiques, je pense que cette opinion ne saurait prévaloir quand il s'agit de pathologie spéciale. Certainement les auteurs que je viens de mentionner ont fait voir que les différences qui existent entre le rhumatisme articulaire et la goutte ne sont pas aussi grandes qu'on pouvait le supposer avant d'avoir étudié attentivement les observations; d'un autre côté, il est des faits dans lesquels le

diagnostic peut être difficile, et ceux qui admettent une distinction entre les deux maladies en conviennent : mais les différences sont nombreuses ; par leur nombre même, elles acquièrent une importance qu'elles n'ont pas individuellement ; et quant à la question du diagnostic, elle ne saurait nous arrêter, puisqu'il est beaucoup d'autres affections qui sont dans le même cas, sans qu'on ait pensé à les regarder comme identiques. Ce n'est pas ici le lieu de démontrer ce que j'avance, cela nous exposerait à des redites inutiles ; dans le courant de cet article, j'insisterai sur ce point toutes les fois que l'occasion s'en présentera ; je me contente de poser le fait, et de motiver par là la description particulière que je présente.

Des travaux importants ont été publiés sur la goutte, mais la plupart de ces travaux sont d'une date assez ancienne. Depuis le commencement de ce siècle, on a généralement négligé toute la partie pathologique de la goutte, pour ne s'occuper que de la partie thérapeutique. Dans les deux derniers siècles, au contraire, on a beaucoup étudié cette affection, qui était déjà connue dès la plus haute antiquité, puisque Hippocrate en parle fréquemment dans ses ouvrages. Galien, Arétée, Cœlius Aurelianus lui ont consacré une partie de leurs traités, et ces auteurs ont distingué la goutte du rhumatisme. Mais c'est à Sydenham qu'il faut arriver pour avoir une description complète et satisfaisante de la maladie (1). Le *Traité de la goutte*, adressé en 1683 à Thomas Short, a passé jusqu'à nos jours pour la meilleure monographie de cette affection, et dans tous les auteurs qui sont venus après on en trouve des traces. Je citerai, après ce travail, la dissertation de Musgrave (2), dans laquelle y a beaucoup de confusion ; les travaux de Stahl, de F. Hoffmann, de Barthez, etc. Dans ces trente dernières années, nous avons le traité de Guilbert (3), celui de Scudamore (4), celui de M. W. Gairdner (5) ; puis un assez grand nombre de dissertations, dans lesquelles il est surtout question du traitement, et dont je ferai mention dans le cours de cet article ; des mémoires sur certaines médications (6), et enfin l'ouvrage de MM. Chomel et Requin, qui malheureusement ne peut pas nous être aussi utile que nous aurions pu l'espérer, parce que ces auteurs n'ont pas tracé une description particulière de la goutte.

I. — Définition, synonymie, fréquence.

Quoique j'aie établi que les différences qui existent entre le rhumatisme articulaire et la goutte sont suffisantes, je n'en reconnais pas moins qu'une définition très explicite de la maladie présente quelque difficulté. Mais nous avons déjà vu un assez grand nombre d'affections qui, sans cesser d'être distinctes, sont dans le même cas, en sorte que cette difficulté ne doit pas nous arrêter. Je me bornerai à définir la goutte par ses principaux caractères. C'est une maladie remarquable par sa rémittence, par ses attaques ayant souvent une physionomie toute particulière, par des symptômes locaux plus ou moins intenses, qui affectent ordinairement les petites articulations, et surtout celles des doigts des pieds ; enfin par la déformation

(1) *De podagra et hydrope* (*Opera omn.*, Genève, 1757) ; t. I, p. 300 et suiv.
(2) *De arthrit. symptomatica*, soutenue en 1702.
(3) *De la goutte et des maladies goutteuses*. Paris, 1820.
(4) London, 1816.
(5) *On gout*, 2e édit. London, 1851.
(6) *Sur les eaux de Vichy*, par MM. Petit et Rilliet.

des articulations, due principalement à un dépôt de matière concrète à laquelle on a donné le nom de *tophus*. J'ajoute que, dans la très grande majorité des cas, la goutte reste fixe pendant toute une attaque dans les jointures primitivement envahies, ce qui n'est pas un caractère différentiel qu'il faille négliger.

Je n'exposerai pas ici les *divisions* proposées pour la description de la goutte. Elles sont très nombreuses, et pour la plupart elles ne sont fondées que sur des circonstances secondaires, telles que la plus ou moins grande fixité et la plus ou moins grande violence des symptômes locaux, la manière dont se succèdent les accès, etc. Avec les auteurs qui ont le mieux étudié cette affection (Cullen, Scudamore, etc.), nous devons nous contenter de distinguer la goutte en *aiguë* et en *chronique*, de dire un mot des symptômes qu'on observe parfois du côté des organes internes, et de signaler quelques complications. Du reste, dans le cours de cet article, je trouverai l'occasion de mentionner les principales espèces admises par les auteurs.

On a décrit la goutte sous les noms de *podagra*, *chiragra*, *ischiagra*, suivant les articulations affectées; on l'a aussi désignée sous ceux de *morbus dominorum* et *dominus morborum* qui expriment la prédilection de la maladie pour les classes élevées; plusieurs auteurs lui ont imposé la dénomination de *febris arthritica*, *febris podagrica*, qui ne s'applique pas à tous les cas sans exception; enfin on s'est contenté de la décrire sous les noms d'*arthritis*, *morbus articularis*, etc. En France, elle est généralement connue sous le nom de *goutte*, qui exprime l'idée qu'on s'est faite avant notre époque de la nature de la maladie, et des noms correspondants lui ont été donnés chez les autres peuples de l'Europe.

La goutte n'est pas une maladie rare, mais on ne peut pas non plus la considérer comme une affection fréquente dans nos climats. Nous allons voir quels sont ceux où elle se développe de préférence.

§ II. — Causes.

On a recherché attentivement les causes qui peuvent prédisposer à la goutte, et il n'en pouvait être autrement, puisque l'on n'a pu assigner à cette affection de causes occasionnelles bien évidentes; mais les recherches n'ayant pas été faites avec la méthode indispensable, les faits n'ayant pas été rassemblés en assez grand nombre et recueillis avec assez de détails, on a pu se faire des opinions plus ou moins probables, mais non incontestables. Voici ce qui est généralement admis.

1° Causes prédisposantes.

Age. C'est un fait connu dès la plus haute antiquité, que le jeune âge n'est pas sujet à la goutte. Sydenham, qui avait observé beaucoup de goutteux, n'avait pas trouvé parmi eux un seul enfant. Ce fait mérite d'être remarqué. Le rhumatisme, en effet, bien que moins fréquent dans l'enfance que dans l'âge adulte, ne laisse pas de se montrer assez souvent avant l'âge de la puberté. En outre on peut dire que, même chez les adultes, la goutte se montre à un âge généralement plus avancé que le rhumatisme articulaire. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais presque toujours ces exceptions s'expliquent par certaines circonstances qui seront mentionnées plus loin. D'un autre côté, il n'est pas fréquent de voir la

goutte se manifester pour la première fois à un âge avancé, après soixante ans par exemple. Sydenham a remarqué que, lorsqu'il en est ainsi, la maladie a en général moins d'intensité.

Sexe. Tous les auteurs s'accordent à dire que les hommes sont plus sujets à la goutte que les femmes; quant aux détails dans lesquels on a voulu entrer sur ce point, ils n'ont aucune importance, et nous devons nous contenter de cette proposition générale.

Aliments, boissons. Il est également reconnu qu'une *alimentation riche, abondante*, et principalement composée de matières animales, est une des causes prédisposantes les plus puissantes de la maladie qui nous occupe. C'est, en effet, dans la classe riche que se manifeste presque exclusivement la goutte, qu'on ne voit presque jamais dans les hôpitaux.

L'usage peu modéré des *boissons alcooliques* doit être rangé sur la même ligne. Quant à l'action particulière de certaines boissons, elle est beaucoup moins bien démontrée.

La *vie sédentaire* vient s'ajouter à ces causes, qui se trouvent toutes chez les individus de la condition qui vient d'être mentionnée, et auxquelles il faut joindre encore les *plaisirs vénériens prématurés* et leur *abus* dans la suite.

Je ne ferai que mentionner l'*abus des acides*, parce que son action n'est pas démontrée.

Saisons, climats. C'est principalement au printemps et en automne que se produisent les attaques de goutte, suivant l'observation générale. Il serait bon, néanmoins, que l'influence des saisons fût mieux précisée. Quant aux climats, nous savons que les climats très chauds, ainsi que les climats très froids, sont les moins favorables au développement de la goutte, et l'on a toujours cité la Hollande et l'Angleterre comme des pays où cette affection se montre avec une grande fréquence. Il faudrait néanmoins une étude plus approfondie que celle à laquelle on s'est livré jusqu'à présent pour savoir positivement quelle est l'influence réelle du climat. La question est, en effet, complexe. La nourriture est très différente chez les diverses nations; il en est de même des habitudes; or ce sont là des causes dont personne ne nie l'existence. Quelle est leur part respective? C'est ce qu'il est difficile de dire.

Constitution, tempérament. On observe fréquemment la goutte chez des sujets sanguins et chargés d'embonpoint; mais est-ce là une constitution primitive et non la conséquence du genre de vie des sujets? C'est ce qu'on n'a pas recherché suffisamment. On a remarqué aussi que cette affection atteint principalement des sujets grands et dont les cavités splanchniques sont bien développées.

Hérédité. Reste l'hérédité que tout le monde a reconnue, et qui ne peut être niée. Mais quel est son degré d'influence? Voilà encore ce qu'il nous est impossible de préciser. Disons toutefois qu'il est bien peu de maladies où cette cause paraisse avoir une plus grande action (1).

2° Causes occasionnelles.

J'ai déjà dit plus haut qu'on n'a pas pu découvrir de cause occasionnelle évi-

(1) Voy. P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité*. Paris, 1850, t. II.

dente. Je n'ai donc qu'une mention à faire de quelques circonstances particulières. On a parlé de l'*action du froid*. Nous avons dit plus haut ce que l'on sait de l'influence des climats et des saisons; quant à l'action directe du froid sur le corps ou sur une de ses parties, nous ne connaissons rien de positif. On a expliqué la goutte par l'arrêt de la transpiration; mais ce n'est là qu'une explication. Même incertitude relativement à la *suppression de la sueur des pieds*.

Suivant M. Garrod (1), la goutte est due à une *suspension momentanée ou permanente de l'excrétion de l'acide urique séparé du sang par les reins* dans l'état normal; une formation exagérée de cet acide favorise le développement de cette maladie; les prodromes et les phénomènes de l'accès dépendent de l'excès de cet acide dans le sang, et par suite le rhumatisme articulaire aigu n'a d'autres rapports avec la goutte que le siége qu'il occupe.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il faut nécessairement diviser l'affection en aiguë et en chronique.

1° *Goutte aiguë.* La goutte, à l'état aigu, ne se présente pas avec des caractères identiques dans tous les cas; pour mettre de l'ordre dans la description, je passerai d'abord en revue les divers symptômes, puis je ferai le tableau d'un accès de goutte complet.

La *douleur* est le principal symptôme de la goutte aiguë. Comme les autres symptômes locaux, elle occupe bien plus fréquemment les pieds que toute autre partie du corps. Scudamore a fait, pour étudier le siége ordinaire de ces symptômes, un relevé d'un assez grand nombre d'observations qu'il importe de mentionner ici. Cet auteur a constaté que sur 138 cas, les premières attaques de goutte ont affecté 130 fois un des deux gros orteils. Les deux orteils n'ont été affectés ensemble que 10 fois. Viennent ensuite le cou-de-pied et les articulations des autres membres pour un petit nombre de cas. Il est donc positif qu'un des deux gros orteils est primitivement le *siége* de prédilection de la douleur ainsi que des autres symptômes locaux. Plus tard la goutte peut affecter d'autres articulations, passer d'un orteil à l'autre, attaquer les mains; mais le point d'abord affecté reste presque toujours douloureux, et il est assez ordinaire de voir la goutte rester fixée aux pieds, caractère important qu'on ne retrouve pas dans le rhumatisme.

Les caractères de la douleur varient suivant les sujets. Cependant on peut dire qu'en général elle est aiguë, dilacérante. Chez quelques malades elle est pongitive; quelques uns la comparent à la dislocation de l'article, d'autres à une brûlure, à une cuisson insupportable; elle a des moments d'exacerbation qui causent de vives angoisses. Parfois c'est une violente tension avec la sensation d'un fer rouge par instants. Enfin Sydenham a vu un certain nombre de cas dans lesquels il y avait la sensation d'une eau froide coulant dans la jointure. Telle est la *douleur spontanée*.

La *douleur provoquée* n'est pas moins vive : les malades ne peuvent pas supporter le poids des couvertures. Un mouvement imprimé à l'articulation suffit pour causer une vive souffrance, et la pression la plus légère est insupportable.

(1) *London med. Gaz.*, février 1848.

Cette douleur, qui se manifeste d'abord la nuit, a aussi pour caractère d'augmenter beaucoup pendant toute la durée de la nuit et de se calmer pendant le jour.

Les réveils en sursaut, fréquents dans les fortes attaques, sont accompagnés de vives douleurs dans les articulations affectées, résultant de secousses violentes.

Lorsque la douleur est très vive, il y a dans la partie malade un sentiment de *pulsation* manifeste.

Des douleurs qui sont sous la dépendance de celle qui vient d'être décrite se produisent aussi chez un grand nombre de sujets avec une grande vivacité et à des intervalles plus ou moins rapprochés : ce sont les *crampes*. D'après le relevé de Scudamore, elles ont lieu dans les trois quarts des cas ; elles se montrent le plus souvent dans les jambes, les cuisses, les orteils et les doigts ; mais il n'est pas rare de les observer dans les muscles de l'abdomen, de la poitrine, et même du pharynx. Elles se manifestent ordinairement pendant un mouvement du malade ; mais on les voit aussi se produire dans le repos le plus parfait.

Le *gonflement* ne tarde pas à se joindre à la douleur ; il est irrégulier et a les caractères de l'empâtement. Il est variable dans les divers cas : tantôt considérable et s'étendant notablement au delà des limites de l'articulation ; tantôt, au contraire, peu remarquable.

La *rougeur* est en général en rapport avec le gonflement et l'intensité de la douleur. C'est une rougeur sombre et diffuse, dont les limites sont difficiles à tracer dans les cas où la douleur est vive. Dans le cas contraire il n'y a qu'une légère teinte violacée.

La *chaleur* est également en rapport avec l'intensité de la douleur et le degré de gonflement. Scudamore, qui a fait sur ce point des recherches intéressantes, a constaté qu'au niveau des articulations malades la chaleur de la peau est réellement augmentée. Il a trouvé, en effet, un ou deux degrés de différence entre ces parties et les autres parties du corps ; mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la sensation de chaleur éprouvée par le malade est beaucoup plus considérable que l'augmentation réelle de la température.

Sydenham, et après lui la plupart des auteurs, ont noté la dilatation des *veines* qui survient autour des articulations malades après une certaine durée de la goutte. Un grand nombre de ces vaisseaux deviennent apparents et forment des cordons tortueux autour de l'articulation malade.

Un autre phénomène très remarquable, mais qui ne survient qu'à la fin des accès, est la *sueur* plus ou moins abondante, et généralement un peu visqueuse, qui couvre l'articulation. On a voulu assigner à cette sueur quelques caractères particuliers, comme une odeur pénétrante, etc. ; mais la plupart des médecins n'ont pas constaté ce fait.

A la fin des accès également, il n'est pas rare de voir survenir une *démangeaison* très vive, suivie d'une *desquammation* particulière dont la matière a été comparée à du son par Sydenham.

Enfin Scudamore a vu du *sang extravasé* sous la peau dans quelques cas ; mais ces cas sont fort rares.

Tels sont les symptômes locaux de la goutte. Je n'ai pas parlé de la *déformation des articulations* ni des *concrétions tophacées*, parce que nous trouverons ces

lésions dans la description de la goutte chronique dont elles sont particulièrement la conséquence.

Les *symptômes généraux* sont nombreux et considérables. L'*appétit* se perd ou diminue notablement; la *langue* est blanche et pâteuse; il y a de la *soif;* l'*épigastre* est ordinairement tendu, sonore, rempli de gaz; on observe des nausées, des rapports acides. Il y a de la *constipation;* les *urines* sont peu abondantes, fortement colorées, sédimenteuses. On a signalé la coïncidence de la *gravelle* et de la goutte (1).

Il y a de l'*insomnie*, et dans les paroxysmes, si le malade parvient à s'assoupir, il a un sommeil agité et ne tarde pas à se réveiller en sursaut. Enfin, le *pouls* est élevé, fréquent; la *chaleur* générale est augmentée, et il y a une sensation de brisement, de contusion dans les membres.

Voyons maintenant comment ces symptômes se groupent ou se succèdent pour former une attaque de goutte.

2° *Attaque de goutte.* Dans un certain nombre de cas qui n'a pas été suffisamment déterminé, et qui, suivant quelques auteurs, serait le plus considérable, tandis que, suivant d'autres, il n'en est pas ainsi, l'attaque est précédée, pendant un ou plusieurs jours, de *prodromes* manifestes. Ces prodromes consistent dans l'anorexie, la tension épigastrique, les flatuosités, un malaise général, des fourmillements, des démangeaisons dans les membres, des crampes, un refroidissement incommode des extrémités, un sommeil léger et fréquemment interrompu, et enfin, ainsi que l'a constaté Baglivi, la turgescence des veines voisines de l'articulation malade. Dans un petit nombre de cas, on a noté, au contraire, un bien-être inaccoutumé, une augmentation de l'appétit, la tendance aux plaisirs vénériens; mais ces cas doivent être considérés comme exceptionnels.

Enfin, chez un bon nombre de sujets, rien ne peut faire prévoir l'invasion de la goutte; ils se couchent très bien portants, et sont réveillés la nuit par le premier symptôme de l'accès : la douleur.

La *douleur* se manifeste presque toujours vers le milieu de la nuit et éveille le malade en sursaut. Quelquefois elle s'accompagne d'un *frisson* qui ne tarde pas à se dissiper. Cette douleur n'acquiert pas immédiatement toute son intensité; elle va en augmentant jusqu'au jour, puis reste à peu près stationnaire, sauf des exacerbations passagères jusqu'à la fin du jour, éprouve ensuite une exacerbation marquée, et se dissipe en très grande partie vers le matin suivant, de sorte que l'accès a duré environ l'espace d'un jour et d'une nuit, pendant lesquels les symptômes généraux précédemment décrits se montrent avec une grande intensité.

Le sommeil devient alors plus calme, la transpiration s'établit, et, au réveil, le malade se trouve très soulagé. Cependant la tuméfaction et la dilatation des veines se sont manifestées.

Les jours suivants, il survient vers le soir un *paroxysme* caractérisé par des symptômes semblables à ceux qui constituent le premier accès, mais de moins longue durée. Les journées sont plus tranquilles, sans que néanmoins les douleurs soient dissipées. Pendant tout ce temps la douleur provoquée ne cesse pas d'être vive.

(1) Voy. art. *Gravelle*.

Ces *accès quotidiens*, dont la durée est variable suivant les cas, se reproduisent ainsi pendant un espace de temps qui varie de deux septénaires à un et même deux mois, et vont ordinairement en diminuant depuis le premier jusqu'au dernier. Ils constituent l'attaque de goutte. Lorsque l'attaque touche à sa fin, ou lorsque déjà les attaques deviennent moins violentes et que la maladie tend à passer à l'état chronique, les accès sont moins réguliers, ne reviennent pas tous les jours, et sont plus longs. On a noté que, plus le sujet est jeune et robuste, plus l'attaque est de courte durée. Chez les vieillards affaiblis par d'autres maladies, l'attaque peut durer plus de deux mois.

Après les premières attaques, tout rentre dans l'ordre, les symptômes locaux disparaissent complétement et la santé générale redevient excellente. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a eu un nombre considérable d'attaques : mais alors on peut considérer la goutte comme passée à l'état chronique, et j'indiquerai l'état des malades lorsque je décrirai la *goutte chronique*.

Dans cette description j'ai eu en vue les cas dans lesquels les symptômes locaux restent fixes dans une articulation, ce qui a lieu le plus fréquemment dans les premières attaques. Mais il n'est pas très rare de voir, dans le courant de l'attaque, d'autres articulations se prendre ; il est cependant peu ordinaire de voir la goutte envahir d'autres points que les orteils des deux pieds. Il arrive quelquefois qu'en envahissant une nouvelle articulation, la goutte quitte la première affectée ; mais ces cas sont fort rares, et cette exception à la règle n'a pas la valeur qu'ont voulu lui attribuer les auteurs qui pensent que la goutte et le rhumatisme articulaire sont des maladies identiques. L'envahissement d'une nouvelle articulation est marqué par une recrudescence des symptômes généraux.

Chez quelques sujets, les symptômes locaux se manifestent primitivement non aux pieds, mais aux doigts de la main, et même dans quelques autres points. Sydenham donnait à cette variété le nom de *goutte irrégulière*.

Lorsque les symptômes locaux sont intenses et la fièvre vive, la goutte est désignée sous le nom de *goutte inflammatoire* ou *goutte chaude;* dans les cas, au contraire, où, comme je l'ai dit plus haut, les symptômes locaux sont faibles, et où il y a peu de fièvre, on donne à l'affection le nom de *goutte froide* ou de *goutte œdémateuse*, parce que le gonflement et l'empâtement ne sont accompagnés ni de chaleur, ni de rougeur, ni même de douleur vive. Mais c'est assez insister sur des variétés qui ne sont fondées que sur des nuances, et que j'ai suffisamment fait connaître dans la description précédente.

L'attaque ne se présente pas toujours telle que je viens de la décrire. Il y a une variation qu'il était facile de supposer dans les différents symptômes et dans leur durée, suivant les cas. Ainsi, chez certains sujets, les exacerbations sont moins marquées ; chez d'autres elles sont moins régulières, reviennent à des intervalles un peu plus ou un peu moins grands, durent moins longtemps. Les symptômes généraux diffèrent aussi notablement d'intensité chez les différents sujets. Ils sont très considérables et se produisent tous ensemble chez quelques uns, tandis que chez d'autres ils sont faibles et peu nombreux. Ce que l'on peut dire de plus général, c'est qu'ils sont en rapport avec la violence de la douleur et l'intensité du mouvement fébrile.

Tant que la goutte se manifeste ainsi par des attaques bien caractérisées qui

laissent ensuite le malade dans un état de santé satisfaisant, on peut la regarder comme une goutte aiguë. Mais ces attaques, ainsi que je le rappellerai en parlant de la *marche de la maladie*, vont en se rapprochant de plus en plus; il reste à leur suite des désordres locaux; souvent la santé ne se rétablit qu'incomplétement dans leurs intervalles. La goutte est alors passée à l'état chronique, et cet état mérite une description particulière.

3° *Goutte chronique.* Il est très rare que la goutte chronique soit *primitive.* Néanmoins on a cité des exemples incontestables de cette espèce dont Scudamore, et après lui Landré-Beauvais (1), ont mis l'existence hors de doute. Presque toujours elle n'est que la conséquence de la goutte aiguë, dont elle doit être considérée comme une continuation, plutôt que d'être regardée comme une maladie distincte.

C'est surtout la goutte chronique qui a reçu le nom de *goutte irrégulière*, parce que les attaques n'y sont plus distinctes comme dans la goutte aiguë, et qu'on n'y remarque que des exacerbations survenant à des intervalles très variables. On l'a désignée encore sous le nom de *goutte invétérée*, qui ne se rapporte qu'aux cas extrêmement nombreux, il est vrai, dans lesquels la goutte chronique a succédé à la goutte aiguë. J'indiquerai plus loin les principales variétés; qu'il me suffise ici de signaler une distinction plus importante que les autres. Dans un bon nombre de cas, la goutte chronique reste fixée dans une articulation, ou du moins dans un petit nombre de jointures où les altérations sont permanentes et vont sans cesse en augmentant, si la maladie n'est pas ralentie dans sa marche. Dans quelques uns, au contraire, un plus grand nombre de jointures sont généralement affectées, et non en même temps : ainsi, tantôt le malade souffre des orteils d'un pied, tantôt de ceux du côté opposé, tantôt des mains, etc. Dans ce dernier cas, la maladie ne se reproduisant pas aussi souvent dans les articulations affectées, n'y laisse ordinairement pas de traces aussi profondes. A la première on a donné le nom de *goutte chronique fixe ;* à la seconde celui de *goutte chronique mobile*, *vague*, *anormale*, ou encore celui d'*irrégulière*, car on a trouvé l'irrégularité aussi bien dans la mobilité des symptômes locaux que dans leur siége et dans d'autres circonstances accessoires.

La *douleur* n'est jamais aussi grande dans la goutte chronique que dans la goutte aiguë, bien qu'à des intervalles variés elle reprenne un certain degré d'intensité; mais elle est beaucoup plus continue; de telle sorte qu'il est très rare qu'elle se dissipe complétement; que, dans les cas où il en est ainsi, cette amélioration ne dure pas longtemps, et que toujours il reste une gêne assez grande des articulations malades, conséquence nécessaire des altérations dont je parlerai plus loin.

Le *siége* de cette douleur est ordinairement le même qu'elle occupait dans les attaques de goutte aiguë. Il n'est pas rare de voir la goutte, en devenant chronique, affecter de nouvelles articulations sans cesser d'occuper les anciennes : ainsi envahir les mains, les coudes et les genoux, et des petites articulations, son siége habituel, passer aux grandes, qu'affecte particulièrement le rhumatisme. Ceux qui pensent que la goutte et le rhumatisme articulaire sont des affections identiques se

(1) *Existe-t-il une goutte asthénique primitive?* Thèse, Paris, 1810.

sont appuyés sur les faits de ce genre qui présentent, en effet, de grands rapports avec cette dernière affection.

Dans quelques cas, la douleur se porte d'un endroit à l'autre sans rester fixe dans aucun. C'est surtout dans les cas où la maladie s'est déclarée à l'état chronique qu'on observe cette *mobilité* inusitée de la douleur. Il est bien rare de voir les autres symptômes locaux offrir une mobilité semblable. Les caractères de la douleur sont variables.

Tophus. Le *gonflement* devient persistant et présente quelques particularités importantes. Il est beaucoup plus irrégulier que dans la goutte aiguë, ce qui résulte de la formation de *concrétions tophacées* qui se montrent autour des articulations, et qui gênent beaucoup les mouvements. Il en résulte des tumeurs dures, irrégulières, bosselées, situées immédiatement sous la peau, qu'on ne peut pas faire glisser sur elles, et pénétrant jusqu'aux ligaments articulaires, où elles sont fixées. Dans d'autres circonstances, elles occupent les bourses muqueuses et les gaînes des tendons, et paraissent généralement plus profondes, à moins qu'elles ne soient très volumineuses. On conçoit combien ces tumeurs doivent rendre la pression douloureuse, et surtout la pression exercée par la chaussure; aussi les goutteux qui offrent de semblables altérations marchent-ils avec la plus grande difficulté, et sont-ils obligés de mettre des chaussures particulières, ou de couper leurs chaussures ordinaires, de manière que la partie tuméfiée ne supporte aucune pression.

On comprend combien doit être grande la *déformation* des articles qui résulte de semblables tumeurs; l'articulation saillante, les doigts déviés, pressés par leurs extrémités les uns contre les autres, donnent aux parties un aspect tout particulier.

Quelquefois ces concrétions tophacées finissent, en pressant continuellement sur les tissus, par les ulcérer; la peau s'enflamme et se détruit à leur niveau, et de là des *plaies* de longue durée, à la suite desquelles est évacuée la matière concrète qui constitue la tumeur. D'autres fois, au contraire, elles opèrent la destruction des surfaces articulaires. J'indiquerai plus loin la composition de ces concrétions.

Mais ces productions morbides ne sont pas les seules causes de la déformation des articles. Le *gonflement* des extrémités articulaires, l'*atrophie* des parties situées au delà, l'immobilité des petites articulations dans lesquelles aucun mouvement ne saurait se passer sans retentir douloureusement dans l'articulation malade, donnent lieu à des changements de forme très notables. Les doigts sont atrophiés, renversés les uns sur les autres; leurs mouvements sont faibles; c'est ce qu'on remarque surtout aux mains. Non seulement les malades, lorsque ces lésions sont considérables, ne serrent plus les objets que très faiblement, mais encore ils les prennent avec difficulté, et deviennent très maladroits.

Le gonflement occupe également les grandes articulations lorsque la maladie les envahit, et ces parties ne sont pas exemptes de concrétions tophacées.

Quant à la *rougeur* et à la *chaleur*, elles ne sont pas habituelles dans la goutte chronique, et ne se manifestent que dans certains retours à l'acuité, qui ont lieu de loin en loin, ou bien lorsque les concrétions tophacées, en irritant les tissus, y déterminent une inflammation plus ou moins vive.

Tels sont les symptômes locaux qui présentent nécessairement des variétés

et des nuances qu'il est très facile de concevoir, et qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Les *symptômes généraux* sont variables, et c'est surtout pour leur étude qu'il serait nécessaire d'avoir un nombre suffisant d'observations, et de les analyser avec soin. Malheureusement les matériaux de ce travail n'existent nulle part.

Des *exacerbations* de plus ou moins longue durée survenant dans la goutte chronique, et étant bien caractérisées, quoique moins distinctes que dans la goutte aiguë, c'est dans ces circonstances qu'il importe d'étudier les symptômes généraux.

On remarque alors une diminution plus ou moins marquée de l'*appétit*, qui quelquefois, au contraire, présente une assez grande vivacité, de telle sorte qu'il est difficile de tenir les malades à un régime suffisamment sévère. En même temps on constate l'existence d'un sentiment de plénitude à l'épigastre, de rapports, de borborygmes, en un mot de symptômes dépendant d'un développement surabondant de gaz. Dans d'autres cas, il y des symptômes d'*embarras gastrique;* quelquefois des douleurs gastro-intestinales qu'on peut rapporter à une gastro-entéralgie. La *constipation* est l'état ordinaire des goutteux; elle augmente ordinairement pendant les attaques : il est rare de noter la *diarrhée.*

Nous n'avons que des renseignements très insuffisants sur l'état des *voies respiratoires* et des *voies circulatoires;* on a beaucoup parlé de la *dyspnée*, de la *toux*, de l'*oppression*, des *douleurs pectorales* des goutteux; mais à quoi sont dus ces symptômes? L'obésité de quelques malades ne suffit-elle pas pour en expliquer quelques uns? Un certain degré de catarrhe pulmonaire ne rend-il pas compte des autres? Et enfin une complication du côté de l'organe central de la circulation n'est-elle pas le plus souvent la source des phénomènes morbides que présente cette fonction? Je fais ces réflexions parce qu'on a beaucoup parlé du transport de la goutte sur les organes internes; que c'est là une question très difficile, et qu'il est bon de noter attentivement tout ce qui s'y rattache.

Du côté du *système nerveux*, on a signalé l'insomnie, l'inquiétude, l'irritabilité. On a cité des exemples de tentative de suicide pour échapper aux angoisses des attaques; mais ces cas sont extrêmement rares.

Je me contenterai de mentionner les étourdissements, les bourdonnements d'oreille, la céphalalgie, parce que ces symptômes ne sont pas constants. Les *crampes* appartiennent plus particulièrement à l'affection qui nous occupe, ainsi que les *spasmes* des divers organes.

Il faut aussi faire mention de l'*œdème* qui survient aux extrémités, mais qui paraît être sous la dépendance d'une complication du côté du cœur, bien plutôt qu'une conséquence de la goutte.

Je signalerai également la sécheresse de la *peau* pendant l'attaque, la suppression des sueurs habituelles et de certains *flux sanguins*, tels que les *hémorrhoïdes.*

Les *urines* sont chargées, peu abondantes. Les affections des voies urinaires (le *catarrhe*, la *gravelle*, etc.) sont fréquentes chez les goutteux, et augmentent pendant les exacerbations de la goutte chronique.

Lorsque ces paroxysmes irréguliers et de durée indéterminée se sont dissipés, la santé générale est assez bonne chez la plupart des sujets. Quelques uns conservent

quelques troubles nerveux et un embarras plus ou moins marqué de la digestion. La plupart, au contraire, recouvrent un appétit souvent très considérable, et qu'ils ne peuvent s'empêcher de satisfaire. Ils se sentent très dispos, et les altérations anatomiques survenues dans les jointures affectées les empêchent seules de se livrer à l'exercice qui leur serait nécessaire.

4° *Rétrocession de la goutte ; métastase goutteuse ; goutte interne.* J'aborde une question d'une très grande difficulté, parce que les auteurs qui se sont livrés aux plus grandes discussions à son sujet ne nous ont pas fourni les éléments du problème, et que la plupart des faits qu'ils ont recueillis l'ont été incomplétement.

Il n'est guère d'affection aiguë qui n'ait été regardée, dans un certain nombre de cas, comme une goutte rétrocédée, ou remontée. Ainsi voit-on, dans une attaque de goutte, ou seulement chez un goutteux, survenir une *bronchite*, une *pneumonie*, une *gastrite*, une *entérite*, et même une *angine ?* on leur donne le nom de bronchite, de pneumonie, de gastrite, d'angine goutteuses. Rien n'autorise à adopter cette manière de voir. On n'a cité aucune particularité qui établît une différence un peu notable entre ces affections, suivant qu'elles surviennent chez des goutteux ou qu'elles affectent des sujets dans d'autres conditions. Pour nous, nous ne pouvons y voir que des affections intercurrentes d'autant plus graves, qu'elles se montrent chez des malades plus épuisés par des attaques longues, violentes et fréquentes.

Reste à savoir maintenant si des symptômes graves appartenant à la goutte, et ne pouvant être attribués à aucune des maladies précédentes, se montrent dans les principaux organes, et notamment dans l'estomac. Tout le monde a parlé de la *goutte remontée* dans l'estomac, dans la poitrine, et il y a même des principes de traitement fondés sur cette opinion. Malheureusement les écrits des auteurs nous laissent sur ce point dans le plus grand embarras. Voit-on des symptômes graves survenir dans les organes internes, les auteurs affirment que c'est la goutte qui a envahi ces organes. Mais les preuves, où sont-elles ? quelles sont les recherches qui nous font voir que ces organes n'ont été réellement atteints que de la goutte ? C'est comme si, chez un phthisique affecté de gastrite secondaire, on disait que la phthisie est descendue dans l'estomac. Je ne veux pas, assurément, trancher la question ; je sais que, dans un nombre de cas de terminaison fatale, on a vu apparaître des symptômes très graves du côté des cavités splanchniques ; il ne me répugne nullement d'admettre que la même maladie qui a occasionné des symptômes locaux si intenses dans les articulations puisse en produire d'analogues dans les organes ; mais je suis en droit de demander la démonstration du fait : ce qui est faire un appel à de nouvelles investigations. M. de Castelnau, dans un article très intéressant (1), a commencé à publier quelques faits importants sur ce sujet ; mais ils sont encore trop peu nombreux, et l'on doit imiter la sage réserve de l'auteur qui, tout en penchant pour la rétrocession de la goutte, ne se prononce pas formellement.

Mais on a cité des faits (2) dans lesquels l'apparition de la goutte a paru dissiper certains états morbides. Ces faits, on peut le dire hardiment, ne peuvent supporter

(1) *Obs. et réflex. sur la goutte*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. III, p. 285).
(2) Scudamore, *Traité de la goutte.*



le plus léger examen ; il en faut nécessairement d'autres plus circonstanciés et mieux étudiés. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *métastase goutteuse.* Il faudrait d'abord qu'on nous citât des exemples bien évidents de la cessation brusque des symptômes articulaires et de l'apparition correspondante d'une affection interne ; en second lieu, il serait bon qu'on pût nous faire voir que cette affection interne est bien réellement la goutte transportée sur un organe interne, et non une phlegmasie ordinaire. Ce travail n'a pas été tenté.

Enfin, on voit nécessairement des sujets affectés de la goutte être pris quelquefois d'une affection de l'estomac, du poumon, des intestins, sans que les articulations aient été préalablement envahies, ou, en d'autres termes, dans les intervalles des attaques. Cela suffit à quelques auteurs pour regarder cette affection comme une maladie goutteuse ; pour eux, c'est la *goutte interne.* Évidemment, c'est s'exposer volontairement à l'erreur que de raisonner ainsi.

En résumé, bien que l'on ait cité quelques faits qui portent à croire que, dans certaines circonstances, la goutte peut se porter vers l'intérieur ; bien qu'il ne répugne nullement d'admettre la possibilité de ce fait ; bien qu'un grand nombre d'auteurs aient défendu cette cause avec beaucoup de talent, nous restons encore dans le doute, tant il est vrai que rien en médecine ne peut remplacer l'observation exacte !

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description précédente je me suis attaché à faire connaître la succession des accidents. Il me suffit donc de rappeler en peu de mots ici que la goutte se manifeste par attaques ; que ces attaques sont composées d'*accès quotidiens* durant de dix à douze ou vingt-quatre heures ; qu'il y a néanmoins des nuances nombreuses ; que les attaques, d'abord violentes, d'une durée de deux à trois septénaires, sont séparées par de longs intervalles, pendant lesquels tout se dissipe : symptômes locaux aussi bien que symptômes généraux ; que plus tard ces attaques sont de moins en moins violentes, mais aussi de plus en plus rapprochées ; qu'enfin, à une certaine époque, il n'y a plus d'intervalles pendant lesquels tout rentre complétement dans l'ordre ; que les malades sont toujours plus ou moins souffrants ; que les altérations anatomiques deviennent permanentes : la goutte ayant passé à l'état *chronique.*

M. W. Gairdner admet *trois périodes.* Dans la première, les attaques de goutte, quoique violentes, laissent dans leurs intervalles les sujets sans détérioration de la constitution ; dans la seconde, celle-ci commence à souffrir, bien que les attaques soient encore aiguës ; la troisième est la *goutte chronique*, avec tous les accidents qu'elle produit.

La *durée* de la goutte est presque toujours mesurée par l'existence même du sujet. On a cité quelques cas de guérison, mais ils sont bien rares. En pareil cas, la durée est nécessairement indéterminée.

Je viens de dire qu'on a cité quelques cas de guérison. La *terminaison* fatale la plus ordinaire a lieu par suite d'une affection intercurrente ; la goutte cependant peut causer la mort par elle-même, comme M. W. Gairdner (1) en a cité des

(1) *Loc. cit.*, p. 33 et suiv.

exemples. Nous avons vu que beaucoup d'auteurs des deux siècles derniers ont pensé que la goutte peut, en se jetant sur un organe interne, causer la mort par elle-même, mais je ne dois pas, à ce sujet, rentrer dans la discussion qui précède.

Parmi les *complications* les plus fréquentes de la goutte, on a rangé la *gravelle.* Nous verrons plus loin, en parlant des lésions anatomiques, comment on a rapproché de cette circonstance la composition des concrétions tophacées, qui est, en effet, remarquable. Quant à présent, je dois me contenter de renvoyer le lecteur à l'article *Gravelle* (1).

On a cité des cas dans lesquels les symptômes de la goutte se sont accompagnés des symptômes du *scorbut*, et l'on en a fait une espèce de goutte sous le nom de *goutte vague scorbutique* (2). Je crois que dans cette manière d'interpréter les faits il y a eu confusion. Les douleurs articulaires, le ramollissement, la carie des os, les ulcérations des articulations sont des symptômes du scorbut lui-même, et ne doivent pas être pris pour les phénomènes locaux de la goutte. Que si ces phénomènes se manifestent chez un sujet préalablement goutteux, rien ne prouve que la goutte soit pour quelque chose dans cette manifestation. On voit que, faute de s'être bien posé le problème à résoudre, on a laissé toutes les questions en litige, tout en croyant y avoir parfaitement répondu.

§ V. — Lésions anatomiques.

On trouve les articulations déformées; les surfaces osseuses ont parfois perdu leurs rapports; les ligaments sont amincis, attrophiés; les tissus sont parfois simplement incrustés, ulcérés par les concrétions tophacées. D'autres fois, on trouve sur le trajet des tendons, dans les bourses muqueuses, une simple induration avec épaississement des tissus : ce sont les *nodosités* qui ont concouru à la déformation de l'article; les veines sont dilatées aux environs des articulations malades. Je n'insiste pas sur ces lésions, parce que la description des symptômes est suffisante à cet égard.

L'étude des *concrétions goutteuses* est plus importante. Ces concrétions ont leur siége habituel en dehors des capsules synoviales, sur les membranes fibreuses; quelquefois on les a vues se produire dans les poches synoviales, dans les bourses muqueuses et dans les gaînes des tendons. Morgagni a vu une de ces concrétions dans la mamelle d'un goutteux.

Leur forme est tout à fait variable. Quelquefois la matière tophacée entoure toute l'articulation; bien plus souvent elle s'accumule dans un ou plusieurs points, et forme des bosselures irrégulières.

La dureté de ces concrétions est différente suivant les cas; quelquefois elles sont pénétrées de matières liquides, et s'écrasent comme de la craie mouillée; d'autres fois elles sont sèches et dures; dans les cas où elles ont déterminé l'ulcération, l'abondance des liquides morbides les désagrége, et les réduit en grains isolés mêlés à des parties plus volumineuses.

La composition chimique de ces concrétions est surtout remarquable. Voici ce qui résulte de l'analyse qu'en a faite Laugier :

(1) Voy. art. *Gravelle*.
(2) Voy. Coste, Barthez, etc.

Eau	8,3	Chaux	8,3
Matière animale	16,7	Chlorure de sodium	17,7
Acide urique	16,7	Perte	16,7
Soude	16,7		

D'autres chimistes ont trouvé des carbonates, des phosphates de chaux en grande quantité ; mais ce sont surtout les urates de soude et de chaux qui se sont montrés d'une manière remarquable (1).

On a conclu de cela que la production anormale des urates doit faire admettre l'existence de ces sels en excès dans le sang; que l'urée libre doit également se trouver en excès dans ce liquide, etc. ; et par là on a expliqué en même temps la goutte et la gravelle. Mais ce ne sont là que des explications sur lesquelles je n'insiste pas. Il me suffit de signaler ce fait dont l'importance est réelle, puisqu'il doit influer sur le traitement. C'est pourquoi je n'entre pas dans de plus grands détails sur l'état du sang et sur la composition des urines, d'autant plus que les renseignements qu'on y a puisés manquent complétement de précision.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Ce n'est évidemment qu'avec le rhumatisme articulaire qu'on doit établir le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe. Comparons d'abord la *goutte aiguë* avec le *rhumatisme articulaire aigu.*

La goutte aiguë attaque les gens de la classe riche ; le rhumatisme articulaire aigu s'observe surtout chez les gens pauvres. L'âge auquel se manifestent les deux affections n'est pas le même. La goutte affecte les petites articulations, le rhumatisme les grandes. La première de ces maladies revient par attaques distinctes composées d'accès quotidiens ; il y a de la régularité dans sa marche; une fois qu'elle a attaqué un individu, on peut dire qu'elle se reproduira chez lui un grand nombre de fois ; les premières attaques sont les plus violentes, elles vont ensuite en s'affaiblissant graduellement ; les symptômes locaux ne passent pas d'une articulation à l'autre, et restent fixes dans les points primitivement affectés, alors même que de nouvelles articulations sont envahies ; le cas contraire est rare. L'état de l'articulation malade est particulier : la rougeur, la chaleur, sont vives ; les veines sont fréquemment dilatées aux environs ; enfin, à un certain moment, il survient une sueur locale digne de remarque. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les symptômes sont continus, avec des exacerbations irrégulières. On voit beaucoup de sujets qui n'ont eu qu'une attaque de rhumatisme ; il est très rare que l'affection se reproduise fréquemment ; dans les cas où il y a une seconde attaque, elle peut être infiniment plus forte que la première; il en est de même de la troisième, et ainsi de suite. La mobilité des symptômes locaux est un des principaux caractères de l'affection. On ne trouve ordinairement pas la rougeur et la chaleur des articulations malades aussi vive ; il n'y a pas de dilatation des veines, pas de sueur locale particulière.

La goutte chronique se distingue du *rhumatisme articulaire chronique* par plusieurs des signes distinctifs qui viennent d'être énumérés, et en outre par les caractères suivants : Elle affecte les petites articulations ; elle n'en occupe ordinaire-

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1828, t. I, p. 410. — Cruveilhier, *Anat. patholog. du corps humain*, 4e livraison, in-fol. avec planches col.

ment qu'un très petit nombre; il survient dans les articles malades une déformation plus grande; les concrétions tophacées ne tardent pas à s'y montrer : tandis que dans le rhumatisme on voit les grandes articulations se prendre de préférence, un plus grand nombre de ces parties être envahi par la maladie; le gonflement être considérable pendant longtemps avant que la déformation soit portée très loin; enfin, dans cette dernière affection, on n'a pas noté l'existence des concrétions tophacées.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la goutte aiguë et du rhumatisme articulaire aigu.*

GOUTTE AIGUE.	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.
Attaque la *classe riche*.	Attaque la *classe pauvre*.
Se manifeste en général à un *âge plus avancé*.	Se manifeste en général à un *âge moins avancé*.
Affecte particulièrement les *petites articulations*.	Affecte particulièrement les *grandes articulations*.
Revient par *attaques distinctes* composées d'*accès quotidiens*.	*Pas d'attaques distinctes; pas d'accès quotidiens;* seulement exacerbations irrégulières.
Se *reproduit fréquemment*.	Très souvent n'affecte les sujets qu'*une ou deux fois*.
Les *premières attaques* sont les *plus violentes;* elles diminuent ensuite d'intensité, et augmentent de fréquence.	La *seconde, la troisième attaque*, peuvent être les plus *violentes*.
Fixité des symptômes locaux.	*Mobilité* des symptômes locaux.
Rougeur, chaleur généralement *plus vives*.	Rougeur, chaleur, généralement *moins vives*.
Dilatation des veines au pourtour des articulations malades.	*Pas de dilatation des veines* au pourtour des articulations malades.
Sueur locale à la fin de l'attaque.	Pas de *sueur locale*, particulièrement à la fin de l'attaque.

Il me paraît difficile que des signes distinctifs si marqués et si nombreux, auxquels il faut joindre encore la manière dont se termine la maladie, passant presque toujours à l'état chronique et donnant lieu à des concrétions tophacées dans la goutte, passant au contraire rarement à l'état chronique et n'ayant pas pour caractères les concrétions tophacées dans le rhumatisme; il me paraît, dis-je, difficile d'admettre que des signes distinctifs si marqués ne soient pas suffisants pour poser le diagnostic sur des bases solides.

2° *Signes distinctifs de la goutte chronique et du rhumatisme articulaire chronique.*

GOUTTE CHRONIQUE.	RHUMATISME CHRONIQUE.
Attaque la *classe riche*.	Attaque la *classe pauvre*.
Age, ut suprà.	*Age*, ut suprà.
Marche, ut suprà.	*Marche*, ut suprà.
Siége, ut suprà.	*Siége*, ut suprà.
Concrétions tophacées.	*Pas de concrétions tophacées*.
Déformation *plus marquée*.	Déformation *moins marquée*.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie nous a déjà appris que, dans les cas ordinaires, la goutte ne menace pas les jours des malades. S'il

survient une affection interne, quelque opinion qu'on se fasse d'ailleurs sur la manière dont elle s'est produite, on doit avoir des craintes sur l'issue de la maladie. On est, en effet, d'accord sur la gravité de ces accidents; on ne diffère que dans l'explication. Dans deux des quatre cas qu'il a observés, M. de Castelnau a vu la mort survenir à la suite de phénomènes graves qui ne pouvaient s'expliquer que par la paralysie des muscles intercostaux, et chez un sujet il y a eu des troubles dont le siége a paru être dans le nerf pneumo-gastrique. M. de Castelnau a fait ressortir les raisons qui portent à admettre que ces accidents étaient sous la dépendance de la même cause qui avait produit les symptômes articulaires. Lorsque la goutte a duré longtemps, et que ces attaques ont été très fréquentes et très violentes, la constitution peut se détériorer; on a donné à cet état le nom de *cachexie goutteuse*.

§ VII. — Traitement.

Pour exposer avec méthode le traitement de la goutte, qui, comme celui du rhumatisme articulaire, nous présente un très grand nombre de moyens divers, il faut nécessairement établir certaines divisions. Je commencerai par le traitement de la goutte aiguë, puis j'exposerai celui de la goutte chronique et le traitement prophylactique. Les deux premières divisions comprendront d'autres divisions particulières.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* Je vais d'abord passer en revue les moyens qu'on oppose aux symptômes aigus de la goutte; je rechercherai ensuite s'il convient de faire quelque chose de particulier *dans l'attaque.*

Émissions sanguines. On a fait beaucoup de théories à propos de l'utilité ou des inconvénients des émissions sanguines; mais malheureusement on a négligé de consigner dans les ouvrages les résultats de l'expérience sur ce point de pathologie. Quelques auteurs proscrivent la *saignée*, d'autres la conseillent dans des cas donnés. A qui s'en rapporter? Dans cette incertitude, contentons-nous de dire que chez les sujets robustes, sanguins, et lorsque la fièvre est intense, on pratique en général une ou deux saignées. Mead (1) recommande principalement la phlébotomie lorsqu'il y a de l'agitation et du délire. Les *émissions sanguines locales* ont été surtout regardées comme dangereuses. On craint, en y ayant recours, de faire disparaître trop promptement les symptômes locaux, et d'occasionner ainsi la rétrocession de la goutte. Qu'y a-t-il de positif dans cette manière de voir? C'est ce qu'on ne peut pas dire, les auteurs ne nous ayant pas fait connaître les observations sur lesquelles ils se sont fondés pour avancer de pareilles suppositions, ou n'ayant fait que les indiquer sans aucun détail. Cependant, après avoir lu ce que les auteurs modernes ont publié à ce sujet (2), on ne peut s'empêcher de reconnaître que la plupart des médecins des siècles passés ont attribué aux saignées un danger beaucoup plus grand que celui qu'elles présentent réellement.

Sudorifiques. Les sudorifiques sont beaucoup moins employés dans la goutte aiguë que dans la goutte chronique; aussi n'en dirai-je que quelques mots ici. Dans la goutte aiguë on ne doit pas employer de sudorifiques très actifs. Quelques infusions chaudes, comme l'infusion de *sureau*, de *bourrache*, de *salsepareille*, de *sassafras*, une légère

(1) *De pod.* (*Op. omn.*, t. II).
(2) Voy. Roche, etc.

décoction de *gaïac*, sont suffisantes ; encore ne doit-on les mettre en usage que dans les intervalles des attaques ou vers la fin. Sydenham insiste beaucoup pour qu'on ne fasse pas abus des sudorifiques. Quelques *bains de vapeur* peuvent aussi être ordonnés, mais seulement dans les intervalles des attaques, à moins que la fièvre ne soit très légère. Le docteur Schmitt a préconisé les *bains russes*, après l'emploi des émissions sanguines locales ; c'est une pratique qui n'a guère été suivie.

Mercuriaux. Les mercuriaux ont trouvé place dans la goutte aiguë comme dans le rhumatisme articulaire. Lentin a prescrit le *deutochlorure de mercure* dans cette affection, et le docteur Burdach unit ce médicament au colchique de la manière suivante :

℞ Deutochlorure de mercure.	0,10 gram.	Vin de colchique..........	15 gram.
Eau distillée...........	50 gram.		

Mêlez. Dose : de 30 à 40 gouttes toutes les deux heures.

Musgrave, Hamilton, etc., recommandent le *calomel* à dose altérante. Ce médicament fait partie d'un bon nombre de formules dont je donnerai quelques unes plus loin. Quant à son degré d'efficacité on ne peut en rien dire.

A l'extérieur, on emploie également le mercure. Ainsi les frictions *mercurielles*, les lotions avec une solution de *deutochlorure de mercure*, dans les proportions suivantes, par exemple :

Deutochlorure de mercure...	2 gram.	Alcool..................	500 gram.

Prenez de cette solution................. 1 partie.

Mêlez-la avec :

Eau....................... 1 ou 2 parties.

Pour lotions, matin et soir, sur les articulations malades.

Il faut pendant ces lotions, après lesquelles les mains doivent être soigneusement lavées, surveiller attentivement l'état des gencives. On ne doit les mettre en usage que lorsqu'il n'existe pas de symptômes très aigus.

Antimoniaux. Il est peu de médicaments qui aient été aussi fréquemment employés contre la goutte que les antimoniaux ; mais il est rare que l'antimoine ou ses composés soient administrés seuls dans le traitement de la goutte. Le plus souvent ils font partie de formules compliquées, telles que celle de Quarin (1), que je présente ici parce qu'elle a eu une très grande réputation, et que Quarin lui accordait la plus complète confiance :

℞ Salsepareille coupée.......	120 gram.	Antimoine dans un nouet de linge	180 gram.

Faites bouillir dans :

Eau......................... 3000 gram.

jusqu'à réduction à 2000 gram.

Puis faites infuser dans ce liquide :

Réglisse ratissée et coupée..	30 gram.	Anis....................	8 gram.

Passez à travers un blanchet. A prendre par grands verres, dans la journée.

(1) *Animadv. pract.*, p. 279.

Le docteur Richter prescrit la poudre suivante :

℞ Calomel........... Sulfure d'antimoine.. Extrait d'aconit.....	āā 0,10 gram.	Douce-amère........ Sucre blanc.........	āā 1,25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

Il me serait facile de multiplier ces formules ; mais il n'y aurait pas d'utilité réelle. Qu'il me suffise de dire que dans presque toutes, on trouve réunis, comme dans les précédentes, les narcotiques, les mercuriaux, les antimoniaux, les carminatifs, les sudorifiques et parfois les diurétiques. La *poudre de James*, dont on trouve partout la formule, est très usitée en Angleterre.

Purgatifs. On ne prescrit pas ordinairement de purgatifs énergiques. La crainte d'irriter les intestins et l'estomac, et d'appeler sur eux la goutte, a toujours retenu les médecins. On se contente de maintenir le ventre libre et par conséquent je n'ai pas à entrer dans des détails à ce sujet ; car évidemment il n'y a rien de particulier dans la manière d'agir de la rhubarbe, de la magnésie, de l'aloès, du jalap qu'on emploie en pareil cas.

Colchique. Le colchique a été ordonné dans la goutte comme dans le rhumatisme articulaire. On administre cette substance de la même manière que dans cette dernière maladie (1). Parmi les médecins qui en ont vanté l'efficacité, je citerai Home, Johnson, Montègre, et surtout le docteur Battleley (2). Ce dernier auteur a rapporté un fait dans lequel des douleurs atroces se sont calmées très peu de temps après l'administration de *vingt gouttes de vin de colchique* : mais il faudrait un plus grand nombre d'observations pour démontrer parfaitement l'efficacité du moyen. M. W. Gairdner (3) accorde aussi une grande influence à ce médicament; mais il recommande de le donner à dose aussi modérée que possible et de ne pas dépasser le point où le médicament commence à manifester son action.

Narcotiques. Les narcotiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sont bien plutôt employés contre l'attaque que dans toute autre circonstance ; cependant, si dans les intervalles des attaques il restait quelques signes d'acuité, on aurait recours avec avantage aux applications narcotiques à l'extérieur (cataplasme à la belladone, au datura, etc.), et en même temps on donnerait à l'intérieur un ou deux décigrammes de *poudre de Dower* à la fois narcotique et sudorifique, ou quelques pilules d'opium. L'*aconit* a principalement joui d'une grande réputation depuis qu'il a été préconisé par Stoerk (4). Le docteur Chapp a publié quatre observations dans lesquelles on voit des douleurs aiguës et opiniâtres céder à l'extrait d'aconit donné d'abord à la dose de 0,03 à 0,10 grammes, puis élevé progressivement aux doses de 0,30, 0,40, 0,50 grammes et plus. Ces faits ne sont pas assez nombreux pour prouver que l'aconit a une vertu spécifique contre la goutte ; mais ils doivent fixer l'attention du praticien.

Je signalerai encore la *ciguë à hautes doses* comme ayant été vantée par le

(1) Voyez plus haut.
(2) *The London med. Rep.*, 1820.
(3) *Loc. cit.*, p. 265.
(4) *Journ. de méd.*, t. XXIV.

docteur Kung (1), mais sans que nous ayons des preuves suffisantes de son efficacité.

Froid. L'application du froid a été faite sous forme de fomentations d'*eau froide* (2), d'application de *neige* (3). La plupart des médecins, au contraire, regardent l'emploi de ce moyen comme très dangereux, en ce qu'il peut occasionner la rétrocession de la goutte. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que dans les faits signalés par les auteurs que je viens de citer, les douleurs ont été notablement calmées sans qu'il arrivât aucun accident.

Applications excitantes. Enfin on a, comme dans le rhumatisme, recours à certaines applications que j'ai déjà mentionnées, telles que le *cataplasme de Pradier* (4), les frictions avec l'*alcool camphré*, etc., etc. Il n'y aurait aucun intérêt à revenir sur ces détails.

Jugeant inutile de pousser plus loin cette revue des moyens à employer contre la goutte aiguë hors de l'attaque, je me borne à faire une remarque générale : c'est qu'un bon nombre des médicaments que je ferai connaître en parlant de la goutte chronique peuvent être employés dans la goutte aiguë.

2° *Traitement de l'attaque.* Le traitement de l'attaque n'est pas composé de moyens bien différents de ceux qui viennent d'être énumérés, ou plutôt presque tous ces moyens entrent dans ce traitement ; mais comme il est important de savoir comment ils doivent être groupés, et jusqu'à quel point on doit insister sur chacun d'eux, je ne crois pas devoir négliger cette partie du traitement.

Si l'attaque s'annonce d'une manière violente, on ne doit pas craindre de faire usage assez largement des *émissions sanguines* générales et locales. Baillou avait déjà insisté sur la nécessité de cette médication et sur son innocuité. Paulmier employait à plusieurs reprises l'application des *sangsues* sur les articulations envahies, commençant par trente, et diminuant ce nombre aux applications suivantes. Enfin, dans ces derniers temps, l'école de Broussais a vanté avec beaucoup d'exagération les avantages de ce moyen. Ce qui ressort des faits, c'est que la saignée générale et la saignée locale n'ont pas, du moins dans l'immense majorité des cas, les fâcheux résultats qu'on leur a supposés ; qu'elles apportent du soulagement au malade ; mais que, d'un autre côté, il ne faut pas compter sur elles pour la cure complète de la goutte.

Quelquefois on a réussi à faire avorter une attaque de goutte commençante par l'application du *froid* sur les parties envahies. Cette pratique remonte jusqu'à Hippocrate, et cependant c'est encore là une de ces médications auxquelles on a attribué les plus graves dangers. Mais on chercherait en vain dans les auteurs des preuves évidentes de la réalité de ces dangers, tandis qu'on a cité des faits où le *traitement abortif*, par l'immersion dans l'eau froide, les irrigations, les lotions, etc., a eu un plein succès.

Ce n'est pas seulement à l'extérieur, mais encore à l'*intérieur* qu'on a prescrit le froid. Ainsi, on a administré l'*eau froide*, l'*eau frappée de glace*, la *glace*. Ce traitement offre-t-il plus de dangers que le précédent ? C'est ce qu'on pense, et ce

(1) *Beob.*, etc., t. V ; Wien, 1826.
(2) Voy. Kinglake, *Sur la goutte, son origine*, etc. Londres, 1804.
(3) Voy. Gremmler, *Rust's Magaz.*, t. XIV.
(4) Voy. *Arthrite simple aiguë.*

qui n'est pas clairement démontré; mais comme, d'un autre côté, les faits qu'on a cités en faveur de ce traitement perturbateur ne sont pas concluants, on doit, dans le doute où l'on est nécessairement, agir avec une grande prudence. En général, on réunit ces deux modes d'application du froid, et, en même temps qu'on administre l'eau glacée à l'intérieur, on fait des lotions froides sur les articulations.

Viennent ensuite les *applications excitantes*. J'ai déjà cité plus haut les principales, je me contenterai d'ajouter le *liniment de Pott :*

℞ Huile essentielle de térébenthine. 30 gr.	Acide chlorhydrique........ 15 gram.

Mêlez.

Il est évident que ce liniment ne doit être employé que dans les moments où les symptômes locaux et généraux ne sont pas très intenses.

Plus souvent on met sur les jointures malades des topiques émollients ou narcotiques. Sydenham appliquait un cataplasme de *mie de pain* et de *lait*, auquel il ajoutait du *safran* et de l'*huile rosat*. Les *topiques émollients* sont d'un usage très fréquent dans le plus fort de l'attaque.

M. Turk (1) a beaucoup vanté les lotions suivantes; mais leur efficacité est loin d'être aussi bien prouvée que le croit ce médecin. Je me borne à les indiquer :

℞ Lessive de soude caustique à 8°............ 10000 gram.

Saturez avec :

Alumine en gelée........................ Q. s.

Ajoutez :

Térébenthine de Chio..... 200 gram.	Huile d'olive............. 100 gram.
Gomme arabique.......... 220 gram.	Alcool à 36°, saturé de camphre. 250 gram.

Mêlez. Faire, de deux à dix fois par jour, des lotions sur tout le corps. Dans les temps froids, chauffer le liquide au bain-marie.

En même temps qu'on emploie ces moyens, il faut entretenir une douce *chaleur* autour de l'articulation malade. Le membre doit être placé de manière que la partie affectée ne soit pas dans une *position* déclive. Dans les premiers jours, lorsque les signes de réaction sont le plus violents, on tient le malade à une *diète* sévère; puis on permet des aliments légers, et on ne laisse les malades reprendre leurs habitudes (sauf les précautions hygiéniques que j'exposerai plus loin) que lorsque les symptômes locaux, aussi bien que les symptômes généraux, sont complétement dissipés.

Chloroforme. Le docteur Bartella (2) cite trois cas dans lesquels il est parvenu à diminuer non seulement les douleurs mais la durée de l'attaque en appliquant, sur les articulations malades, une compresse imbibée de 20 à 30 gouttes de chloroforme; il y a d'abord chaleur, picotement, sensation de brûlure, puis arrive le calme; on enlève alors l'appareil qui reste en moyenne 30 à 40 minutes appliqué.

Il ne me reste, après avoir mentionné l'emploi de quelques *amers* vers la fin de l'attaque, qu'à citer deux médications particulières. L'une est celle que recom-

(1) *Traité de la goutte et des malad. goutteuses*. Paris, 1837, in-8.
(2) *Gaz. med. Toscana*, décembre 1852, et *Union méd.*, 15 février 1853.

mande Cadet de Vaux (1). Suivant cet auteur, c'est un moyen presque infaillible que de *boire de quart d'heure en quart d'heure des verres d'eau aussi chaude qu'on peut le supporter*, et cela jusqu'à *quarante-huit verres*. Chaque verre doit contenir 180 grammes d'eau chaude. Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ce moyen, car il est bien peu de malades qui aient pu s'y soumettre.

La seconde médication est l'*hydrothérapie*. On n'hésite pas, dans les établissements hydrothérapiques, à soumettre à cette médication les sujets affectés de goutte aiguë, aussi bien que ceux qui sont en proie à la goutte chronique. On sait quels sont les procédés employés : ils peuvent être modifiés. Les moyens principaux consistent dans l'*enveloppement* de tout le corps, puis des extrémités malades ; dans les *bains de pieds*, les *manuluves froids*, en même temps qu'on provoque les sueurs (2). On a cité des exemples de guérison ; mais on n'a pas rapporté tous les cas dans lesquels ce moyen a été employé ; et comment pourrait-on connaître le degré d'efficacité réel d'une médication, si l'on ne connaît pas tous les faits dans lesquels l'auteur qui la préconise l'a mise en usage ?

3° *Traitement de la goutte chronique*. C'est surtout dans le traitement de la goutte chronique qu'on trouve le plus grand nombre de médicaments. Les prétendus spécifiques y abondent ; mais la preuve qu'on n'a pas encore trouvé le véritable, c'est que l'on continue toujours à en chercher, que les anciens sont généralement abandonnés, et que le plus souvent les goutteux, après en avoir essayé plusieurs, finissent par y renoncer, se bornant à l'emploi de moyens palliatifs dont leur expérience leur a appris l'utilité. Bornons-nous donc à signaler les principaux traitements, ceux qui ont eu le plus de réputation, en attendant que des recherches plus exactes viennent jeter quelque jour sur ce sujet si obscur.

Nous retrouvons d'abord ici les *applications excitantes ;* je ne les rappellerai pas ; j'indiquerai seulement celle qu'a proposée G. Villette (3), et qui a été très vantée :

℞ Résine de gaïac en poudre.	àà 60 gram.	Chaux vive..............	250 gram.
Safran du Gâtinais......		Eau..................	2000 gram.

Arrosez un cataplasme très chaud de ce liquide.
Saupoudrez-le avec le safran du Gâtinais et la *farine de moutarde*.

Les *alcalins* sont recommandés par un grand nombre d'auteurs. Les renseignements sur les *eaux de Vichy* étant les plus exacts de tous ceux que nous possédons, c'est surtout sur elles que je vais attirer l'attention du lecteur. En 1835 M. Petit (4) annonça que ces eaux guérissaient presque infailliblement la maladie qui nous occupe. Cette assertion fut contredite, mais, en 1838, M. Petit insista de nouveau sur l'excellence de ce moyen, et plus tard M. Rilliet, dans un mémoire intéressant (5), a cherché à résoudre cette question importante. Ce point de thé-

(1) *De la goutte*, etc. Paris, 1833.

(2) Scoutetten, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical*. Paris, 1843, in-8. — Ch. Munde, *De l'hydrothérapie*.

(3) *Conseils aux goutt. et aux rhumat.* Paris, 1811.

(4) *Quelques considér. sur la nat. de la goutte et sur son traitement par les eaux thermales de Vichy*. Paris, 1835. — *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*. Paris, 1850, p. 316.

(5) *Du traitement de la goutte par les eaux de Vichy* (*Arch. génér. de méd.*, 4e série, 1844, t. IV, p. 35).

rapeutique est si capital, et l'exposé des faits, tel que l'a présenté M. Rilliet, me paraît devoir être si utile au lecteur, que je ne peux m'empêcher de transcrire tout le passage suivant :

TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY.

« Désireux, dit M. Rilliet, de savoir à quoi nous en tenir sur l'efficacité des eaux de Vichy dans la goutte, nous avons profité de notre séjour dans cet établissement pour nous enquérir de l'effet du traitement auprès des malades eux-mêmes ; nous avons, pendant quelques jours, interrogé un assez grand nombre de goutteux que nous trouvions chaque matin rassemblés autour de la fontaine des Célestins. La plupart de ces malades n'étaient pas des nouveaux venus ; ils avaient déjà passé plusieurs saisons à Vichy, en sorte qu'ils ont pu nous fournir des renseignements détaillés et positifs sur l'influence que les eaux avaient eue sur leur santé. Ils étaient presque tous atteints de goutte ancienne, intense, remontant à douze, quinze, dix-huit et même vingt ans. Chez plusieurs, la maladie était héréditaire. Les uns n'avaient pas fait de traitement avant l'emploi des eaux, tandis que d'autres avaient épuisé toutes les ressources de la pharmacie.

» Le traitement auquel ils étaient soumis à Vichy était uniforme, leur régime était en général sévère. Ils s'abstenaient d'excitants, de vin pur, de café, de viandes noires. Le matin, de bonne heure, ils prenaient, de quart d'heure en quart d'heure, un grand verre de table d'eau de Vichy, ordinairement de celle des Célestins, puis ils se promenaient pendant quelques instants. A dix heures, ou dans l'après-midi, ils prenaient, une heure, un bain d'eau minérale pure ou coupée avec un tiers d'eau commune, à 27 ou 28 degrés. A deux heures, ils recommençaient à prendre de l'eau en boisson. La dose prescrite était de huit, douze et vingt verres. Quelques malades outrepassaient de beaucoup les doses : ainsi nous en avons vu qui prenaient trente ou quarante verres. Un des malades, dont M. Petit a publié l'observation, prenait la dose quotidienne énorme de quatre-vingt-quatre verres. Nous n'avons pas observé que les doses, fortes ou faibles, aient produit des accidents graves. Nous nous sommes spécialement attachés à savoir si les malades ressentaient des douleurs de tête ; s'ils avaient habituellement des étourdissements, la vue troublée, des bourdonnements d'oreille, de la congestion faciale ; s'ils étaient assoupis pendant le jour, ou agités pendant la nuit ; s'ils éprouvaient, en un mot, d'une *manière incommode*, les symptômes que déterminent quelquefois les boissons qui contiennent de l'acide carbonique. Aucun de ceux que nous avons interrogés n'a accusé d'accidents cérébraux, et ceux qui avaient déjà fait plusieurs saisons nous ont affirmé n'avoir rien ressenti de pareil, soit pendant leur séjour à Vichy, soit dans l'intervalle des saisons qu'ils y avaient passées. Nous en exceptons un malade qui avait de la céphalalgie et des étourdissements quand il prenait quarante verres d'eau : chez quelques goutteux qui faisaient usage d'une quantité d'eau considérable, il est survenu du dévoiement, surtout pendant les quinze premiers jours. Mais la liquidité des selles n'était pas, en général, le résultat d'une irritation ou d'une hypersécrétion de la membrane muqueuse intestinale ; elle résultait seulement du passage en nature de l'eau par le gros intestin. Chez la plu-

part, les urines augmentaient d'abondance. Cet effet se manifestait chez plusieurs de ceux qui ne prenaient pas une quantité d'eau considérable. Quelques malades éprouvaient des douleurs un peu plus vives pendant les premiers jours du traitement. Un grand nombre se félicitaient de ce que les eaux amélioraient l'état de leurs fonctions digestives. Leur appétit était plus vif, leur digestion se faisait plus régulièrement.

» En résumé, il nous a paru que, chez les goutteux, les eaux de Vichy ne produisent pas des effets physiologiques qui diffèrent d'une manière sensible de ceux qu'on peut remarquer chez des malades atteints d'autres affections, et qu'elles *n'occasionnent pas d'accidents immédiats et consécutifs*. Cette conclusion est conforme aux faits observés par M. Petit et à l'opinion exprimée par les membres de la commission de l'Académie. Mais, de ce que les eaux ne sont pas nuisibles, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elles soient utiles. Aussi devions-nous nous enquérir avec soin de leur efficacité curative.

» Lorsque nous avons dirigé nos interrogations dans ce sens, nous avons été frappé de l'uniformité des réponses des malades. Presque tous ont affirmé que, depuis qu'ils prenaient les eaux, les accès de goutte avaient beaucoup diminué de fréquence, de durée et d'intensité. Chez quelques uns ils avaient été suspendus complétement pendant un ou deux ans, rarement plus; chez d'autres, les accès, qui étaient à peu près périodiques, avaient eu de la tendance à reparaître à l'époque ordinaire, mais ils avaient été à peine sensibles. Nous avons cru voir aussi, d'après l'ensemble des renseignements fournis par les malades, que c'était principalement après la première saison que la diminution la plus marquée dans le nombre des accès avait lieu, tandis que c'était sur leur intensité que les saisons subséquentes semblaient surtout agir. Aussi sommes-nous porté à croire que plus on s'éloignera de l'époque où l'on a commencé à mettre en usage le traitement par les eaux de Vichy, plus le nombre des malades de la première série diminuera, et le nombre de ceux de la seconde augmentera. C'est du reste ce qui arrive déjà.

» Ainsi, si notre mémoire ne nous trompe pas, plusieurs des malades classés dans le rapport de l'Académie parmi la première série ont été ramenés cette année à Vichy, non pas par reconnaissance, comme on le dit souvent, mais bien par de nouveaux accès. Nous tenons aussi de goutteux grands partisans du traitement, que cette année la goutte a eu plus de tendance à récidiver que les années précédentes. Cette recrudescence tient-elle aux variations atmosphériques, ou bien à la cause que nous avons indiquée tout à l'heure ? Nous penchons fortement pour la dernière opinion. En effet, si l'on parcourt dans le rapport de l'Académie (1) le tableau des dix-neuf malades de la première série, on verra qu'il n'y en a qu'un seul dont la guérison date de six ans. Chez près des deux tiers des autres, la suspension des attaques n'a eu lieu que depuis deux ou trois ans. Il est vrai que le rapporteur de la commission remarque que les eaux de Vichy n'ont commencé à être employées contre la goutte qu'en 1833, et que par conséquent la cessation des accès ne peut avoir eu lieu depuis un grand nombre d'années. Tout en reconnaissant la justesse de cette observation, nous n'en persistons pas moins dans notre opinion, et nous pensons que le temps est un élément dont on n'a pas peut-être

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. V, p. 60 et suiv.

tenu assez compte quand on a voulu estimer la valeur d'une méthode capable de réaliser la guérison radicale d'une maladie aussi inconstante dans sa marche que la goutte.

» Si nous sommes porté à croire que cette guérison radicale est rare et difficile à obtenir, nous sommes convaincu que les malades ne peuvent retirer que d'excellents effets de l'emploi sage et modéré des eaux de Vichy. Nous avons constaté, en effet, que la plupart d'entre eux éprouvent une diminution notable dans les symptômes locaux de la maladie ; nous n'avons rien à ajouter sur ce point aux détails contenus dans le rapport de l'Académie.

» Les faits dont nous avons été témoin, et la lecture des observations de M. Petit, nous portent à conclure *que les eaux thermales de Vichy sont sinon un remède spécifique, au moins un moyen précieux à mettre en usage dans le traitement de la goutte ; qu'elles rendent les accès moins fréquents, moins longs, moins douloureux, et qu'elles tendent à diminuer et à faire disparaître les accidents locaux qui en sont la conséquence.* »

La manière dont M. Rilliet a présenté les faits me dispense d'entrer dans de nouvelles considérations à ce sujet. Mais il est une question soulevée par cet auteur, et qui a une importance réelle. Il établit d'abord que les eaux thermales qui ont une composition semblable à celle des eaux de Vichy ont la même efficacité, ce qui ne fait et ne peut faire aucun doute pour personne. Ensuite M. Rilliet se demande si c'est par le carbonate de soude qu'agissent ces eaux, et il arrive à cette conclusion, que les *eaux salines thermales ont une utilité analogue, quelle que soit leur composition*, et c'est une proposition qu'il appuie sur des renseignements pris à *Néris*, à *Wiesbaden*, au *Mont-Dore*. Cependant il pense que les eaux de Vichy ont un degré supérieur d'efficacité, et il fait surtout remarquer, ce qui est très important, que c'est sur des observations exactes et des résultats numériques qu'est fondée cette opinion, tandis que de simples témoignages déposent en faveur des autres eaux. On voit combien il est à désirer que les recherches se continuent avec l'esprit qui a dirigé M. Rilliet.

M. le docteur Buckler (1), se fondant sur ce que l'acide urique prédomine dans le rhumatisme et dans la goutte, et sur ce que des concrétions d'urate de soude et de chaux se forment dans les tissus blancs, a traité ces deux maladies par le *phosphate d'ammoniaque* qui, avec les urates, produit de l'urate d'ammoniaque et du phosphate de soude facilement soluble. Il assure que par ce moyen les malades sont soulagés et guéris en peu de jours, et qu'un phénomène qui se produit très promptement, est la limpidité de l'urine succédant aux urines briquetées. Attendons, malgré la théorie, des faits nombreux et détaillés, avant de nous prononcer sur la valeur de ce traitement. Le phosphate d'ammoniaque est donné à la dose de 50 à 60 centigrammes trois fois par jour.

M. le docteur Edwards (2) a employé, comme M. Buckler, le *phosphate d'ammoniaque* contre la goutte, et il est arrivé au même résultat.

Les *eaux sulfureuses* sont également très renommées dans le traitement de la goutte : mais nous n'avons pas sur elles des recherches comme sur les eaux ther-

(1) *Jahresbericht der gesammten Medizin*, et *Union méd.*, décembre 1847.
(2) *Provincial Journ. of med.*, 1847.



males salines. Suivant MM. Chomel et Requin, elles conviennent surtout dans les cas où les malades ont été plus ou moins longtemps sujets aux maladies de la peau.

Cette influence heureuse des eaux minérales les plus diverses devait déjà nous faire pressentir que leur action n'est pas purement chimique, comme on n'a été que trop disposé à le croire dans ces derniers temps. Les faits recueillis par M. Durand-Fardel (1) lui ont en effet prouvé que les eaux thermales ont une action physiologique dont il faut tenir grand compte. C'est ce que faisaient pressentir les recherches intéressantes de ce médecin, sur les réactions acides ou alcalines présentées par les urines des malades traités par les eaux de Vichy (2), et ce que les nouvelles observations ont confirmé. Tout porte à croire que les investigations ultérieures de M. Durand-Fardel rendront fécondes ces vues nouvelles sur l'action de ces moyens puissants qu'on a trop souvent étudiés superficiellement.

Je pourrais ajouter ici les *sudorifiques :* les *bains de vapeur*, le *gaïac*, le *sassafras*, la *salsepareille*, etc. Mais ils ne nous présenteraient aucune considération nouvelle.

Les *amers* sont d'un usage très fréquent. La *poudre du duc de Portland*, dans laquelle ces substances tiennent la première place, a joui d'une très grande réputation. Voici sa composition :

℞ Petite centaurée....	ãã parties égales.	Aristoloche ronde....	ãã parties égales.
Germandrée.......		Ivette.............	
Gentiane.........			

Mêlez. Dose : *deux grammes* tous les matins.

Pour que cette poudre agisse, suivant ceux qui ont vanté son efficacité, il faut en continuer l'usage pendant très longtemps. Seulement, lorsque l'amélioration devient très évidente, on peut diminuer la dose.

On a mis en usage le *quinquina*, le *simarouba*, le *colombo*, etc. C'est surtout lorsque la constitution est débilitée, lorsqu'il existe cet état auquel on a donné le nom de *cachexie goutteuse*, qu'on a recours à ces médicaments, qui ont l'avantage de rétablir les digestions. Held a surtout préconisé le *quinquina à dose élevée*, et l'a donné comme le meilleur spécifique (3) ; mais l'expérience des autres auteurs n'a pas confirmé ces effets merveilleux, bien que quelques uns aient parlé avec avantage des effets de ce médicament.

On a encore eu recours aux *narcotiques :* à la *belladone*, à la *ciguë*, à l'*aconit*, à l'*opium*. Ces médicaments sont utiles pour calmer les douleurs ; mais rien ne prouve qu'ils soient des spécifiques, comme l'ont avancé quelques auteurs. La plus célèbre des préparations narcotiques est celle à laquelle on a donné le nom de *gouttes noires*, et dont Scudamore nous a laissé la formule suivante :

℞ Opium coupé par tranches.	250 gram.	Muscade.................	50 gram.
Bon verjus	3000 gram.	Safran...................	15 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. Ajoutez :

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 7 janvier 1851, t. XVI, p. 290, t. XVIII, p. 275.
(2) *Mém. sur les réactions acides ou alcalines*, etc. Paris, 1849.
(3) Voy. *Éph. des cur. de la nature*, cent. 3 et 4.

Sucre.............. 125 gram. | Levûre de bière....... 30 gram.

Mettez le tout, pendant deux mois, près du feu, puis à l'air, jusqu'à consistance sirupeuse. Décantez, filtrez; mettez dans des bouteilles, après avoir sucré. Dose : deux, trois, quatre gouttes et plus par jour, progressivement et avec précaution, parce que cette préparation est plus active que la teinture d'opium ordinaire.

Je peux encore citer les *purgatifs*, les *vomitifs;* mais ces médicaments ne sont utiles que dans des circonstances particulières et pour combattre quelques accidents.

Les *excitants généraux :* l'*antimoine*, les *mercuriaux*, sont également employés, mais sans que nous ayons rien à en dire de particulier.

Moyens divers. J'aurais encore à signaler des médicaments particuliers, comme l'*iodure de potassium* (Gendrin, Clendenning, etc.); la *décoction de Zittmann;* l'*acétate de potasse;* l'*éther phosphorique* (Hufeland); les *frictions avec le phosphore* proposées par Gœden, et dont voici la formule (1) :

℞ Phosphore............................ 2,50 gram.

Faites dissoudre dans :

Huile de sabine......... 15 gram. | Huile de térébenthine..... 15 gram.

Ajoutez :

Ammoniaque liquide..................... 60 gram.

Faire des frictions sur les parties affectées, chaque jour, à la sortie du bain, où le malade doit rester trois heures.

Je peux encore mentionner l'*arsenic* (Fr. Hoffmann, Harless) (2); le *rhododendron chrysanthum ;* le *soufre* (3); le *camphre ;* l'*électricité ;* l'*acupuncture ;* l'*action de l'aimant ;* le *massage*, etc., etc.; mais je pense qu'il vaut mieux, après avoir dit un mot de l'action de l'eau froide, présenter quelques remèdes *antigoutteux* qui ont eu de la célébrité, sans nous porter garant de leur efficacité.

L'*hydrothérapie* a été fréquemment employée, dans ces dernières années, contre la goutte chronique. On a cité un certain nombre de cas où les bons effets de cette médication ne sauraient être douteux. C'est surtout dans la goutte invétérée qu'elle s'est montrée utile : mais il faut une plus longue expérience, et surtout l'analyse d'un plus grand nombre de faits, pour que nous soyons définitivement fixés sur son efficacité. Ce traitement doit être complet.

Je ne ferai que mentionner, sans le citer, un remède proposé par Sydenham, et qui contient une énorme quantité de substances. Il suffit de dire que les amers et les excitants y tiennent la plus grande place.

Je ne parlerai pas des préparations de *colchique*, décorées du nom d'antigoutteuses, parce que j'ai dit tout ce qu'il y avait à en dire à l'occasion du *rhumatisme articulaire aigu et chronique* (4); mais je citerai le *sirop antigoutteux* suivant, dans lequel cette substance est unie à d'autres médicaments actifs (Bouchardat).

(1) *Horn's Archiv*, t. XI.
(2) *De arsen. usu in medic.* Norimb., 1811.
(3) Barthez, *Traité des malad. goutteuses.* Montpellier, 1819.
(4) Voy. ces articles.

Sirop antigoutteux.

℞ Extrait de gaïac		10 gram.
Teinture alcoolique de semence de colchique	ãã	5 gram.
— — de digitale		

Délayez l'extrait dans les teintures. Ajoutez :

Sirop de sucre .... 1000 gram.

D'abord trois cuillerées à bouche dans la journée, délayées dans un verre d'eau. On augmente successivement la dose jusqu'à dix et douze cuillerées par jour.

Gall donnait les pilules suivantes, connues sous le nom de *pilules antiarthritiques*. Elles contiennent des médicaments que nous avons déjà signalés.

℞ Extrait aqueux de gaïac	8 gram.	Extrait gommeux d'opium	0,25 gram.
Antimoine cru	2 gram.		

Mêlez. Faites vingt pilules. Dose : trois le matin, trois à midi, trois le soir.

Les *pilules antiarthritiques de Vicq d'Azyr* sont composées comme il suit :

℞ Savon médicinal râpé	8 gram.	Extrait de fiel de bœuf	4 gram.

Mêlez et incorporez :

Résine de gaïac	ãã 2 gram.	Poudre de gaïac	2 gram.
Calomel			

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : *une ou deux* matin et soir.

On emploie beaucoup, en Italie, un *spécifique antigoutteux*, qui a une très grande réputation. M. le docteur Agostinacchio (1) expose comme il suit sa composition et son mode d'administration :

« On prend 180 grammes de *teucrium pollium*, autant d'*ajuga iva*, autant d'*artemisia vulgaris*, et on les fait infuser pendant vingt-quatre heures dans 10 *kilogrammes et demi d'eau*. On fait ensuite bouillir le tout à feu lent dans un pot de terre verni, jusqu'à réduction du tiers ou de la moitié. On passe avec expression et l'*on ajoute à la décoction* 3 *kilogrammes de térébenthine de Venise*. On fait ensuite de nouveau bouillir jusqu'à réduction d'un tiers ou de la moitié. On enlève le vase du feu ; on laisse refroidir et l'on en retire toute l'eau. Ce qui reste alors est conservé pour l'usage dans un pot de terre verni en dehors et en dedans.

» Le goutteux doit prendre tous les matins, avant de manger, un bol de cette masse du poids de 4 grammes, boire par-dessus un verre d'eau fraîche, et continuer ainsi toute sa vie. Il sera bon, pour renforcer l'effet de cette médication, qu'à l'époque des équinoxes et des solstices, il se mette pendant une vingtaine de jours à l'usage quotidien de 2 grammes de salsepareille en poudre, sans discontinuer pour cela celui des bols. Il est à peine besoin de dire que le malade observera la plus stricte tempérance. Il s'abstiendra de faire excès d'huile, de vin, de spiritueux, d'aromates et de condiments, de chocolat, de café, de viandes et de poissons salés. Il suivra un régime aussi peu azoté que possible.

» S'il y a de la constipation, on purge et de préférence avec les purgatifs salins. »

(1) Agostinacchio, *Il filiatre sebezio*, mai 1846. — *Notice sur un spécifique antigoutteux*.

Ce médicament est en grande vogue à Naples, comme remède populaire. M. Agostinacchio n'affirme pas toutefois qu'il guérisse toujours ni radicalement ; mais il jouit, dit-il, dans la plupart des cas, d'une efficacité incontestable, en éloignant le retour des accès et en les soulageant. Dans quelques cas aussi, que l'auteur cite, il a procuré une guérison complète.

Feuilles de frêne. MM. les docteurs Pouget et Peyraud (1), considèrent les feuilles de frêne comme un spécifique puissant dans la goutte, le rhumatisme articulaire et musculaire, et à l'appui de leur assertion, ils signalent un grand nombre de cas non détaillés. Voici le mode d'administration :

« On fait infuser chaque prise de poudre de feuilles de frêne, pendant trois heures dans deux tasses d'eau bouillante ; avant de prendre l'infusion, qu'on peut édulcorer à volonté, il faut avoir soin de la passer à travers un linge.

» Dans le cas de goutte aiguë et au commencement surtout de l'attaque, avec ou sans fièvre, on doit faire infuser deux prises dans trois tasses d'eau que l'on prendra l'une le soir au moment de se coucher, l'autre le matin et la troisième au milieu de la journée entre les deux repas.

» Il est nécessaire de continuer cette médication pendant une huitaine de jours, après la disparition des symptômes précités, à la dose seulement d'une seule prise de poudre pour deux tasses d'infusion.

» Dans la goutte chronique on peut se contenter de deux tasses d'infusion par jour, une le soir et l'autre le matin, mais le traitement doit être continué pendant plus longtemps.

» Cette médication, employée tous les mois pendant huit à dix jours, éloigne, ajoutent ces médecins, les attaques plus ou moins indéfiniment. »

Dans le rhumatisme aigu cette infusion aide beaucoup l'action des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage.

La prise est constituée par *un gramme de poudre* (2).

Je ne crois pas que l'expérience ait encore définitivement prononcé sur la valeur de ce moyen.

Sabine. J'ajoute deux formules ayant la sabine pour base et que des médecins allemands disent employer avec succès, sans toutefois citer aucune observation (3).

Le docteur Gœden recommande le liniment suivant dans la goutte invétérée :

℞ Phosphore.............	2,80 gram.	Huile essentielle de térébenthine.	15 gram.
Huile essentielle de sabine	15 gram.	Ammoniaque..................	60 gram.

Le malade se frictionne de ce liniment au sortir du bain.

Kopp vante l'usage interne du mélange suivant :

Baume de copahu......	àâ 75 gram.	Huile de sabine............	4 gram.
du Pérou.......			

On imbibe de ce mélange un plumasseau de charpie et on l'applique sur le point malade.

On sent combien il serait nécessaire de pouvoir étudier les faits pour juger de la valeur réelle de ces moyens qui sont d'ailleurs compliqués.

(1) *Union méd.*, 27 novembre 1852.
(2) *Union méd.*, 2 décembre 1852.
(3) Voy. *Gaz. des hôp.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 mai 1852.

Les *cataplasmes de feuilles de choux* ont été recommandés contre la goutte aussi bien que contre les douleurs rhumatismales. M. le docteur Labonnardière (1) cite deux cas dans lesquels l'application de feuilles de choux amorties sur la flamme a dissipé complétement la maladie. On trouve des exemples semblables dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2).

Il y a eu un grand nombre de remèdes secrets contre la goutte; je ne peux en mentionner aucun.

Je n'ai pas, dans ce qui précède, indiqué certaines *particularités du traitement local*, parce qu'il est on ne peut plus facile d'en comprendre la nécessité et d'en faire l'application. Si par exemple, il survient une *ulcération* par suite de l'accumulation de la matière tophacée, on doit faciliter la sortie de cette matière. Si l'inflammation est très vive, en pareille circonstance, on emploie les émollients; si, au contraire, l'ulcère est blafard, atonique, on l'excite par des pommades un peu irritantes; mais je n'insiste pas sur des particularités aussi simples.

Résumé. Je ne saurais aller plus loin sans jeter un coup d'œil général sur les médications que je viens de passer en revue. Je n'ai, dans l'exposition du traitement, fait mention d'aucune des théories qui ont guidé les médecins dans le choix des moyens thérapeutiques; je n'y ai vu aucune utilité. Ce sont, en effet, les résultats des médications qu'il nous importe de connaître, et malheureusement nous ne trouvons le plus souvent sur ce point que des assertions vagues et dénuées de preuves. C'est pourquoi j'ai accueilli avec empressement et présenté en détail les recherches de M. Rilliet, qui ont une si grande supériorité sur la plupart des autres.

Ce qui résulte de plus positif des détails dans lesquels je suis entré, c'est qu'il n'y a pas de remède spécifique contre la goutte; que l'usage des eaux thermales, et principalement des eaux de Vichy et de celles qui ont avec elles une plus ou moins grande ressemblance de composition, doit être vivement conseillé; que les émissions sanguines n'ont pas, à beaucoup près, le danger qu'on leur a supposé; qu'il en est de même de l'application du froid; qu'enfin les remèdes doivent être employés avec une très grande persévérance, si l'on veut en tirer tout le bénéfice qu'on doit en attendre.

Je n'ai pas, dans l'exposé précédent, indiqué les moyens destinés à dissoudre les concrétions par leur action chimique; on comprend pourquoi.

4° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.* La rétrocession de la goutte a pendant longtemps attiré l'attention d'une manière toute particulière, et surtout quand il s'est agi du traitement de cette maladie. Musgrave, qui a multiplié les divisions à l'infini, parle évidemment des diverses rétrocessions présumées, lorsqu'il traite des sujets suivants : *De arthritide ex colicâ; de arthritide asthmaticâ*, etc.... Sans doute il admet, dans les cas de ce genre, l'affection non articulaire comme cause; mais parfois aussi il la regarde comme résultat, et c'est ce qui a été imité par beaucoup d'auteurs. Ce que j'ai dit plus haut, à propos de la rétrocession de la goutte, me dispense d'entrer dans de grands détails sur son traitement. Si, en effet, nous ne voyons guère, dans les affections internes qui surviennent chez les goutteux, que des maladies secondaires conservant leurs carac-

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1848.
(2) Avril 1848.

tères particuliers, il suffit évidemment de renvoyer au traitement de ces maladies, dont on mesure l'intensité sur la violence des symptômes. Jusqu'à ce que nous ayons sur ce point des études satisfaisantes, nous en serons réduits à cette indication générale. Pringle et Cullen ont vanté l'emploi du *musc* dans les cas où il existe des phénomènes nerveux considérables.

Mais il est un autre point de vue sous lequel on peut considérer cette partie du traitement. Si la douleur articulaire a diminué, si les autres symptômes locaux se sont en partie dissipés, pendant que les accidents du côté des organes internes se sont développés, on cherche à *rappeler la goutte* dans les articulations affectées. A plus forte raison doit-on chercher à le faire, si les symptômes locaux ont complétement disparu. Enfin, lorsque la douleur est mobile, qu'elle se porte tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre, et qu'elle alterne avec des symptômes thoraciques, abdominaux, cérébraux, on emploie des moyens propres à la maintenir dans un ou plusieurs articles : c'est ce qu'on appelle *fixer la goutte.*

Pour remplir les indications que je viens de mentionner, on a recours à des applications irritantes. On couvre les articulations où la douleur s'est principalement manifestée de *sinapismes*, de *cataplasmes excitants*, comme celui de Pradier ou celui de Riolan ; on frictionne les parties avec un *liniment ammoniacal ;* on y fait des *lotions stibiées*, ou *au sublimé ;* enfin, on a recours au *vésicatoire*, au *cautère*, et même au *moxa*. Les vésicatoires sont principalement employés dans le but de *fixer la goutte.*

Ayant considéré la plupart des accidents qui surviennent du côté des organes internes comme de simples affections secondaires ou intercurrentes, je n'ai rien à ajouter sur le traitement des *complications*. La *gravelle* et la *néphrite goutteuse* demandent seules quelques détails, mais je les ai donnés aux articles *Gravelle* et *Néphrite*, et j'y renvoie le lecteur.

Quant à la *goutte interne*, elle ne nous présente aucune considération particulière. Certains auteurs ont appelé goutte interne toutes les affections qui surviennent chez les goutteux : c'est un abus ; d'autres entendent par goutte interne la goutte rétrocédée, je viens d'en parler, et, pour la goutte interne proprement dite, on peut affirmer que son existence est loin d'être mise hors de doute.

5° *Traitement prophylactique.* Le traitement prophylactique peut se résumer ainsi qu'il suit : Être sobre ; s'abstenir presque complétement de boissons alcooliques. Éviter l'oisiveté ; ne pas trop se livrer aux travaux de cabinet, mais prendre un exercice actif tous les jours, et, s'il est possible, se livrer à quelques travaux corporels. L'exercice doit être pris en plein air (1). On trouve, dans tous les auteurs, des exemples de goutte qui s'est dissipée ou qui est revenue avec la mauvaise et la bonne fortune ; par conséquent, les goutteux doivent s'interdire, autant que possible, tout ce qui touche au luxe ; se tenir constamment à l'abri du froid humide, avoir surtout les pieds constamment chauds ; ne pas se livrer trop fréquemment à l'acte vénérien ; aller tous les ans, s'il se peut, aux eaux thermales : voilà les moyens qui complètent le traitement prophylactique. De toutes les drogues qu'on a données comme spécifiques pour prévenir les attaques de goutte, il n'en est aucune qui mérite la confiance du praticien.

(1) Voy. Reveillé-Parise, *Guide des goutteux et des rhumatisants.* Paris, 1847, p. 103 et suiv.



RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* Émissions sanguines ; sudorifiques ; purgatifs ; colchique ; narcotiques ; froid ; phosphate d'ammoniaque ; applications excitantes.

2° *Traitement de l'attaque.* Émissions sanguines ; froid ; eau chaude en abondance ; hydrothérapie ; applications excitantes ; narcotiques ; chloroforme ; position ; diète.

3° *Traitement de la goutte chronique.* Applications excitantes ; alcalins ; eau de Vichy ; eaux thermales diverses ; sudorifiques ; amers ; toniques ; narcotiques ; antimoine ; mercuriaux ; moyens divers ; antigoutteux ; particularités du traitement local.

4° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.*

5° *Traitement prophylactique.*

ARTICLE VI.

RHUMATISME MUSCULAIRE.

Il semble, au premier abord, que rien ne doit être plus facile que la description du rhumatisme musculaire. C'est, en effet, une maladie extrêmement commune, n'ayant qu'un petit nombre de symptômes et connue de tout temps. Mais, quand on y regarde de plus près, on ne tarde pas à s'apercevoir que rien n'est plus difficile, au contraire, que de tracer avec précision le tableau de cette maladie. Cela tient d'abord à ce que le rhumatisme a de très nombreuses affinités avec une autre affection, la névralgie ; que, dans beaucoup de cas, il est difficile de les distinguer, et l'on en comprendra bientôt la raison ; enfin, que, jusqu'à une époque rapprochée de nous, on ne s'est pas même donné la peine d'établir cette distinction dans la grande majorité des cas, satisfait qu'on était quand on avait désigné par le nom de rhumatisme une affection douloureuse aiguë ou chronique. Ce mot de rhumatisme lui-même est on ne peut plus vague pour nous qui n'admettons pas la valeur des théories qui lui ont donné naissance ; en sorte que la première chose à faire est d'établir ce qu'on doit entendre par rhumatisme.

Aujourd'hui il y a une très grande tendance à regarder le rhumatisme musculaire comme une névralgie ayant son siége dans les muscles. Déjà MM. Roche (1) et Cruveilhier avaient nettement formulé cette opinion qui avait vaguement cours dans la science, puisque certains rhumatismes avaient reçu le nom de *rhumatisme nerveux*. Dans mon *Traité des névralgies* (2), je crois avoir mis le fait hors de doute en citant des exemples de douleurs affectant primitivement tous les muscles de l'épaule, puis gagnant les nerfs des bras et prenant tous les caractères de la névralgie. Depuis lors, les faits nombreux que j'ai observés sont venus confirmer cette manière de voir, et voici ce qui est résulté pour moi de leur étude.

Fréquemment les sujets affectés de névralgie éprouvent dans quelques muscles des douleurs qui ont tous les caractères du rhumatisme. Le rhumatisme musculaire a, sous le rapport de ses symptômes, de leur marche, de leurs exacerbations,

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, art. ARTHRITE.
(2) Voy. *Névr. cervic.-brach.*

de l'absence des lésions anatomiques appréciables, la plus grande ressemblance avec la névralgie. Ces affections se transforment souvent l'une dans l'autre. De ces faits et de ceux que j'ai rapportés à l'article *Dermalgie*, je conclus que la douleur, symptôme capital de la névralgie, se traduit, à notre observation, de trois manières différentes. Si elle reste concentrée dans les nerfs, on trouve les points douloureux isolés caractéristiques : il y a une *névralgie proprement dite*. Si la douleur se répand dans les muscles, les contractions musculaires sont principalement douloureuses : il y a *rhumatisme musculaire*. Enfin, si elle se répand dans la peau, il en résulte une sensibilité excessive de la surface cutanée : il existe une *dermalgie* (1). Ces trois formes d'une même affection peuvent se montrer toutes ensemble, ou bien deux à deux : névralgie et dermalgie ; névralgie et rhumatisme ; rhumatisme et dermalgie.

On sent, d'après cela, combien il est nécessaire, pour éviter toute confusion, d'étudier avec le plus grand soin chaque fait qui se présente à l'observation ; de rechercher avec grande attention la douleur spontanée et la douleur à la pression ; d'en constater le trajet et les limites, de suivre la marche de la maladie ; car ce n'est qu'ainsi qu'on peut arriver à distinguer des affections semblables quant à leur nature, différentes quant à leur siége, et en partie aussi quant au traitement qu'on peut leur opposer.

Le rhumatisme musculaire dont je viens de parler est celui qui a reçu le nom de *rhumatisme nerveux*. Existe-t-il un *rhumatisme inflammatoire* ou d'une autre nature ? Rien ne le prouve. On a, il est vrai, cité des cas dans lesquels de vives douleurs musculaires ont été suivies du gonflement, du ramollissement et de la suppuration des muscles, et d'autres où l'on a vu une sécrétion gélatiniforme se former autour des fibres musculaires, et celles-ci se rétracter, s'indurer, s'ossifier. Doit-on voir dans tout cela des rhumatismes musculaires ? Quant à l'inflammation avec suppuration des muscles, on peut répondre hardiment non. Dans les cas de ce genre, la marche de la maladie n'est pas celle du rhumatisme, et sa terminaison exclut toute idée de l'affection dont nous nous occupons. L'affection mérite alors le nom de *myosite*. Quant aux autres espèces, la question est difficile.

Ce qui fait que toutes les fois que nous avons à nous occuper du rhumatisme nous sommes entourés de difficultés, c'est que par cette expression on a toujours entendu un état très complexe ; et cela parce qu'on n'a tenu compte que du mode le plus général de la manifestation de la maladie. Dès qu'on trouvait une douleur dans les muscles, on disait : C'est un rhumatisme ; comme si cette douleur ne pouvait pas avoir des caractères particuliers, et être la conséquence de plusieurs états morbides distincts ? Si l'on veut enfin parvenir à résoudre toutes ces questions délicates, il faudra qu'on distingue toutes ces espèces de douleurs. Qu'on réserve, si l'on veut, pour l'une d'elles le nom de rhumatisme, et, dans ce cas, il faudrait garder ce nom pour le rhumatisme nerveux ou névralgie des muscles, et qu'on désigne les autres par des noms particuliers. C'est ainsi qu'on a procédé pour la *phthisie pulmonaire*, qui comprenait tant d'affections diverses, et l'on sait combien la pathologie a gagné à cette distinction.

Les recherches sur le rhumatisme musculaire ne sont pas aussi considérables

(1) Voy. l'art. *Dermalgie*.

que celles qui ont été entreprises sur le rhumatisme articulaire. C'est dans un certain nombre de mémoires qu'il faut surtout chercher les éléments de sa description. MM. Chomel et Requin ont consacré néanmoins une assez grande partie de leur ouvrage à cette espèce de rhumatisme.

Pour faciliter la description, je vais, à l'exemple des auteurs que je viens de citer, étudier d'abord le rhumatisme musculaire en général. Je n'aurai ensuite qu'à signaler les particularités appartenant à chaque espèce.

RHUMATISME MUSCULAIRE EN GÉNÉRAL.

Le rhumatisme peut être *aigu* ou *chronique*. Je rappellerai cette division lorsque je ferai la description des symptômes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il résulte de ce qui précède que l'on ne peut pas donner une définition se rapportant à toutes les affections désignées sous le nom de rhumatisme musculaire. Pour moi, le véritable rhumatisme musculaire, tel qu'on l'observe dans l'immense majorité des cas, est caractérisé par de simples douleurs ayant leur siége dans les muscles, et de nature nerveuse. Les variétés qui ne sont pas comprises dans cette définition ne sont pas assez importantes pour nous occuper davantage ici ; je les signalerai de nouveau quand il en sera temps.

Cette maladie a reçu les noms de *myositis*, *myo-rhumatisme*, *myodynie*. Sa très grande fréquence est bien connue de tout le monde.

« Le rhumatisme musculaire, disent MM. Chomel et Requin, peut avoir son siége dans toutes les régions du corps ; mais néanmoins il attaque le tronc plus fréquemment que les membres. Le lumbago, le torticolis et la pleurodynie sont les espèces les plus communes, et quand les membres sont atteints, c'est presque toujours dans les parties les plus voisines du tronc. »

A ces espèces, que MM. Chomel et Requin comptent avec raison parmi les plus communes, je crois devoir joindre le rhumatisme de l'épaule, auquel on n'a pas fait une attention suffisante, et que l'on peut appeler *scapulodynie* (1).

§ II. — Causes.

Les causes du rhumatisme musculaire ont été fort peu étudiées. Il serait bon de réunir un grand nombre d'observations de cette maladie, pour voir dans quelles circonstances elle se produit. Disons, en attendant que ce travail se fasse, que parmi les *causes prédisposantes*, il n'est guère que l'*âge adulte* et l'*hérédité* que nous ayons à signaler, et que la seule *cause occasionnelle* qui ait été attribuée à cette affection, est l'impression prolongée du froid et surtout du froid humide. On a, il est vrai, regardé aussi l'action subite du froid sur le corps en sueur et la suppression de la transpiration cutanée comme des causes très actives du rhumatisme musculaire ; mais, sans prétendre que ces causes n'exercent pas leur influence dans quelques cas, je ferai remarquer que les cas authentiques de ce genre sont

(1) C'est un mot peu correct ; il en sera de même de quelques autres dont je me servirai plus loin ; mais qu'importe, puisqu'ils désignent parfaitement les espèces peu connues que j'ai à décrire.

très rares, et que c'est, je le répète, à l'action prolongée du froid humide que se rapportent presque tous les exemples de rhumatisme musculaire cités par les auteurs.

D'un autre côté, il est incontestable que fréquemment il est impossible de découvrir aucune cause occasionnelle à cette affection, et cette circonstance mérite d'être signalée, parce qu'elle rapproche encore le rhumatisme musculaire de la névralgie, qui se trouve dans le même cas.

§ III. — Symptômes.

C'est, comme je l'ai dit plus haut, quand il s'agit des symptômes, qu'il importe de distinguer une forme aiguë et une forme chronique.

1° *Rhumatisme musculaire aigu.* Le *début* n'est ordinairement pas subit. Cependant j'ai vu une fois une douleur musculaire de l'épaule se développer brusquement et persister pendant plusieurs jours, après un simple mouvement du bras, sans aucun effort. Je reviendrai sur ce fait, à propos de quelques douleurs musculaires subites dont je parlerai plus loin. En pareilles circonstances, les choses se passent comme dans certains cas de névralgie.

Le plus souvent il survient une *douleur* d'abord sourde, puis augmentant d'intensité, et devenant en quelques heures, ou au plus en un ou deux jours, tout à fait insupportable. Lorsque le malade reste immobile, les muscles affectés étant dans le relâchement, la douleur est en général très supportable, souvent nulle : cependant il survient, de moment en moment, chez un bon nombre de malades, des élancements douloureux qui se font sentir dans un ou plusieurs points des muscles affectés.

Ces élancements, dans un certain nombre de cas que j'ai observés, étaient un peu différents de ceux qu'on observe dans la névralgie proprement dite; au lieu d'être des éclairs de douleur, traversant vivement le point affecté, et se portant souvent d'un point à un autre, c'étaient des espèces d'*épreintes musculaires*, s'il est permis de parler ainsi : les malades se plaignaient, en effet, d'éprouver la sensation d'une *pression*, d'une *contraction* d'abord médiocrement douloureuse, puis portée promptement à un degré extrême, et cessant ensuite brusquement. Le temps que durent ces douleurs est à peine de quelques secondes. Elles se reproduisent à des intervalles variables, souvent au bout de deux ou trois minutes pendant un certain temps; puis elles cessent, pour se reproduire de nouveau plus tard, à plusieurs reprises. Il y a, comme on le voit, quelques différences, mais aussi beaucoup d'analogie entre ces *douleurs spontanées* et celle des névralgies. Le siége seul paraît être la cause de ces nuances.

Si l'on presse sur ces points, on cause une douleur assez vive, et ordinairement tout le muscle est sensible à la *pression*. Les points ne sont pas limités, comme dans la névralgie proprement dite. Cette *douleur provoquée* n'est pas, du reste, comparable sous le rapport de son intensité, à la douleur que produit la pression sur les points névralgiques, dans les cas de névralgie violente et pendant les paroxysmes.

Mais ce qu'il importe surtout de signaler, ce qui constitue le caractère essentiel du rhumatisme musculaire aigu, c'est la *douleur pendant les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles affectés.* Cette douleur est si vive, que le mou-

vement est brusquement arrêté ; que des gémissements, des cris, sont arrachés au malade ; que celui-ci ne peut enfin, sans un effort violent pour vaincre la douleur, achever le mouvement commencé, qui a presque toujours pour but un changement de position.

La recherche d'une *position* convenable et non douloureuse est, en effet, ce qui préoccupe presque constamment le malade. Lorsqu'il l'a trouvée, il éprouve le plus grand soulagement, et peut se croire débarrassé de sa douleur ; mais cet espoir dure peu. Les contractions involontaires des muscles nécessaires pour maintenir la station dans la position nouvellement prise, occasionnent d'abord une faible douleur qui devient ensuite plus vive, jusqu'à ce qu'enfin elle soit insupportable, et que cette position, d'abord si facile, doive être changée contre une autre.

Dans le jour, le malade, maître de ses mouvements, éprouve moins fréquemment les douleurs brusques et vives causées par un déplacement rapide ; mais, pendant la nuit, la position prise au moment de s'endormir ne tarde pas à être insupportable ; le malade, tout endormi, cherche instinctivement à en prendre une autre, et il est réveillé en sursaut par une douleur qui lui arrache un cri. Cette apparition brusque de la douleur se renouvelle ordinairement à de courts intervalles, de telle sorte que le malade passe la nuit dans une agitation continuelle et dans de vives souffrances, qu'on a attribuées à la *chaleur du lit*, mais qui sont bien plutôt le résultat de la position. C'est surtout dans le rhumatisme de l'épaule que ces phénomènes se font remarquer.

Fréquemment la douleur finit par devenir assez vive pour causer une *insomnie* complète ; c'est alors surtout que les malades cherchent vainement une position favorable, et se retournent à chaque instant dans leur lit, en poussant des cris plaintifs. On a encore attribué, dans ce cas, l'augmentation de la douleur à la chaleur du lit, et l'on en a donné pour preuve le soulagement que les malades éprouvent en se levant et en prenant la position assise ; mais je ferai remarquer : 1° que bien souvent la position assise ne tarde pas à devenir aussi insupportable que la position couchée ; que dans ces cas les malades tantôt se lèvent, tantôt se recouchent, sans pouvoir trouver plus de soulagement dans la fraîcheur de l'appartement que dans la chaleur du lit ; 2° que, dans les cas où le soulagement est persistant, on en trouve encore la raison dans les résultats de la position. C'est, en effet, dans les cas de rhumatisme de l'épaule et du cou que le lit est surtout pénible ; or, dans les cas de ce genre, les muscles affectés sont bien plus dans le relâchement lorsque les malades sont assis que lorsqu'ils sont couchés.

En outre, il est certains moments indéterminés de la journée ou de la nuit où la douleur musculaire, avec toutes les nuances qui viennent d'être décrites, prend une intensité beaucoup plus grande ; ces exaspérations ou *paroxysmes* sont un trait de plus de ressemblance du rhumatisme musculaire et de la névralgie.

On a donné la *mobilité* comme un des principaux caractères du rhumatisme musculaire ; mais c'est à propos de ce caractère qu'il est utile d'établir une distinction entre le rhumatisme musculaire aigu et le rhumatisme musculaire chronique. Il est rare qu'à l'état aigu le rhumatisme se déplace. Cependant ce caractère ne laisse pas d'exister, car on voit des douleurs très vives se porter d'une épaule au côté, à l'abdomen, aux lombes ; mais ce déplacement est infiniment moins fréquent que dans le rhumatisme chronique. On ne peut donc pas dire, avec

les auteurs du *Compendium :* « Lorsqu'il (le rhumatisme) est aigu, il parcourt ainsi successivement plusieurs parties de l'appareil locomoteur, et se termine en deux ou trois jours dans son premier siége. A l'état chronique, il a plus de fixité, et ressemble sous ce rapport au rhumatisme mono-articulaire; il persiste opiniâtrément, pendant plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, dans les muscles, où il finit par prendre, en quelque sorte, droit de domicile. »

L'observation d'un bon nombre de cas m'a prouvé la vérité de la proposition contraire. Il n'est pas douteux, il faut le reconnaître, que les choses peuvent se passer ainsi; mais certainement ce n'est pas là la règle.

Je ne parle pas ici du sentiment de *fraîcheur* que quelques malades disent éprouver; c'est dans le rhumatisme chronique qu'on a noté ces sensations particulières.

Si, au milieu de ces vives souffrances, on examine le point affecté, on ne trouve rien d'appréciable à l'extérieur. Dans les cas où l'on a trouvé la rougeur, la tuméfaction, la chaleur, on avait affaire à une autre affection; il s'agissait soit d'un érythème, soit d'une inflammation des muscles, etc.

Il est rare qu'il y ait d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être décrits, lors même que la douleur est le plus intense. Quelquefois cependant on a noté de légères *horripilations*, un peu de *chaleur*, du *malaise*, de la *céphalalgie*, une légère accélération du *pouls;* mais ces symptômes, qui sont presque toujours la conséquence de l'agitation et de l'insomnie, ont une médiocre intensité, et ne tardent pas à se dissiper; le plus souvent on voit, avec un rhumatisme musculaire aigu des plus intenses, et qui ne permet pas la moindre contraction des muscles affectés, l'*appétit* se conserver, le *pouls* garder sa fréquence normale, et toutes les fonctions s'exécuter parfaitement.

Tel est le rhumatisme musculaire aigu, dont la description n'est pas précise dans les auteurs. Si l'on a attribué d'autres symptômes à cette affection, c'est qu'on a eu en vue d'autres maladies, et notamment l'inflammation des muscles, dans laquelle la douleur doit de toute nécessité ressembler à la douleur rhumatismale, mais qui n'est nullement un rhumatisme.

2° *Rhumatisme musculaire chronique.* Le rhumatisme musculaire chronique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Ce qui a fait croire qu'il n'en était pas ainsi, c'est que, dans cette forme de rhumatisme, il y a de loin en loin des exacerbations, et qu'on n'a tenu compte que de ces exacerbations. Mais si l'on interroge avec soin un grand nombre de sujets, on voit qu'il y en a plus qu'on ne l'avait pensé qui souffrent habituellement d'une épaule, des reins, d'un côté. Seulement ces douleurs sont ordinairement si légères, que les grandes contractions seules les réveillent, tandis qu'à des intervalles variés elles prennent une plus grande intensité et fatiguent beaucoup les malades. Telle est une des formes les plus fréquentes du rhumatisme musculaire chronique; elle n'empêche nullement les malades de vaquer à leurs occupations et ne gênent aucune fonction. Le plus souvent même, aux époques où la douleur prend une plus grande intensité, cette exacerbation n'est pas assez considérable pour rien changer aux habitudes du sujet.

Chez certains individus, le rhumatisme a une plus grande étendue; il occupe un grand nombre des muscles du corps; mais il ne présente pas d'autres carac-

tères, ni une plus grande intensité. Dans les deux formes précédentes, il arrive ordinairement que l'exercice dissipe les douleurs ; lorsque, par exemple, les membres inférieurs sont affectés, les premiers pas sont difficiles, puis, après quelques moments de marche, toute douleur se dissipe.

Enfin le rhumatisme musculaire chronique peut être beaucoup plus intense. C'est ainsi qu'on voit des sujets souffrir constamment, à un plus ou moins haut degré, de quelque partie du corps. La douleur chez eux occupe tantôt un point, tantôt un autre; mais elle a presque toujours un siége de prédilection, où elle se fait sentir avec plus de constance et plus d'intensité. C'est cette particularité qui a fait dire que le rhumatisme musculaire chronique a plus de fixité que le rhumatisme musculaire aigu, tandis qu'il suffit d'en observer quelques cas pour s'assurer que le premier se transporte beaucoup plus facilement d'un point dans un autre. Cette *mobilité* a une importance qu'il est inutile de faire remarquer.

Les sujets atteints de rhumatisme musculaire chronique, surtout lorsque cette maladie revêt la dernière forme que je viens d'indiquer, se fatiguent facilement; ils sont aisément courbaturés ; les grands efforts pour soulever un fardeau, pour frapper, etc., rendent douloureux les muscles qui se sont contractés, et principalement ceux qui sont habituellement le siége d'une douleur supportable. C'est surtout dans ces cas que l'on voit des douleurs subites très aiguës se manifester à la suite de violentes contractions, et les sujets dont il s'agit sont les plus exposés à être atteints du rhumatisme musculaire aigu tel qu'il a été décrit plus haut.

Enfin il est une forme de rhumatisme musculaire chronique qui a pour caractère l'intensité, la fixité, la persistance à un degré à peu près le même, de la douleur rhumatismale. C'est surtout dans l'épaule et dans les lombes que se montre cette forme de la maladie. En pareil cas, les muscles affectés sont presque réduits à l'immobilité; les contractions y sont toujours douloureuses, et il en résulte une atrophie plus ou moins considérable. Les cas de ce genre sont rares.

Quant à ceux où l'on a observé la rétraction musculaire, l'ossification des muscles, etc., il faut absolument de nouvelles recherches pour fixer notre opinion sur ce point.

§ IV. — Complications.

On a cité comme une complication fréquente la coexistence du rhumatisme articulaire et du rhumatisme musculaire, et l'on a dit que les individus sujets à la première de ces deux maladies l'étaient aussi à la seconde. Il n'y a rien d'exact dans ces propositions. Sans doute on a vu des cas dans lesquels les deux rhumatismes existaient ensemble; mais la proportion n'est pas, à beaucoup près, assez forte pour qu'on en tire une semblable conclusion, et le rhumatisme musculaire est une affection si fréquente, qu'il n'est nullement étonnant qu'on la rencontre dans la plupart des autres maladies.

Je ne peux rien dire de précis sur la *complication par une névralgie ;* je sais qu'elle n'est pas rare ; mais il faudrait des recherches exactes sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, le rhumatisme musculaire peut se transformer en névralgie proprement dite, et que chez quelques sujets on voit alterner fréquemment ces deux affections.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du *rhumatisme aigu* est continue, mais avec de grandes exacerbations. Ainsi, par moments, les malades se sentent très soulagés : mais s'ils veulent contracter les muscles affectés, ils s'aperçoivent que la douleur est loin d'être dissipée. Dans le *rhumatisme musculaire chronique*, les exacerbations sont bien plus marquées encore, parce que, pendant des intervalles souvent très longs, il n'existe qu'une douleur légère et qui ne devient notable que dans les grands mouvements. Dans un certain nombre de cas, il y a intermittence, et la douleur disparaît complétement pendant des temps plus ou moins longs, se reproduisant, dans l'immense majorité des cas, plusieurs fois dans une année. La durée du rhumatisme musculaire aigu n'est ordinairement que de trois à huit ou dix jours. Dans quelques cas, il se prolonge pendant plusieurs semaines; mais alors il y a des périodes de rémission bien tranchées.

Cette affection ne se termine pas par la mort. Après plusieurs attaques de rhumatisme musculaire aigu, on voit souvent survenir le rhumatisme chronique. On a cité des cas de *paralysie partielle*, suites d'un rhumatisme musculaire. C'est surtout dans la *scapulodynie*, dont je parlerai plus loin, qu'on a observé cette *terminaison*.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Presque jamais on ne trouve de lésions dans les muscles affectés. Si le rhumatisme est resté longtemps fixé dans un point et y a conservé une assez grande intensité pour empêcher les mouvements, l'atrophie des muscles affectés et celle du membre condamné à l'immobilité en sont le résultat. Il en est de même lorsque la *paralysie partielle* est la conséquence du rhumatisme musculaire. Quant à l'infiltration gélatiniforme, à l'ossification, à la rétraction des muscles, je dois répéter ici ce que j'ai déjà dit, c'est qu'il n'est pas encore permis de considérer les affections qui donnent lieu à ces résultats comme identiques avec celles que je viens de décrire, et qu'il faut étudier cette question difficile, en ayant soin de ne pas se laisser abuser par de simples apparences, comme on l'a fait quand on a pris l'inflammation des muscles, la *myosite* (1), pour un simple rhumatisme. Ces derniers mots font voir que je ne regarde pas comme des rhumatismes musculaires les cas où l'on a trouvé la suppuration des muscles.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Les nombreuses explications que j'ai été obligé de donner dans la description précédente prouvent qu'il est bien des circonstances où le diagnostic présente des difficultés ; mais, en y réfléchissant, on voit que, dans presque tous les cas douteux, c'est entre l'existence du rhumatisme musculaire et celle de la névralgie que l'on a à se prononcer.

Je ne peux pas entrer ici dans de grands détails sur le diagnostic, parce que les signes distinctifs variant suivant chaque espèce de rhumatisme, à cause du siége de l'affection, c'est lorsqu'on arrive à faire l'histoire de ces diverses espèces qu'on

(1) Voy. à ce sujet, Dionis des Carrières qui a fait de la myosite l'objet de recherches intéressantes : *Études sur la myosite*, thèse. Paris, 1851.

peut tracer un diagnostic différentiel vraiment utile. Je dirai donc seulement ici que le rhumatisme diffère de la *névralgie proprement dite* en ce que la douleur occupe une plus grande surface; que les points douloureux à la pression sont moins limités; que ces points se trouvent surtout aux attaches des muscles et non sur le trajet d'un nerf, et que la contraction musculaire cause une souffrance hors de toute proportion avec les autres douleurs spontanées ou provoquées, tandis que dans la névralgie, c'est le contraire qu'on observe le plus souvent.

L'*inflammation d'un muscle*, la *myosite*, se distingue du rhumatisme musculaire par l'intensité de la douleur, qui est extrême; par l'impossibilité absolue des contractions; par l'absence de soulagements passagers aussi marqués que dans le rhumatisme; par le gonflement, et quelquefois la rougeur et l'empâtement de la partie affectée, si le muscle est superficiel; par l'intensité extrême de la douleur à la pression; par sa fixité dans un point situé vers le centre du muscle et non aux attaches; enfin par la fièvre et l'altération des principales fonctions.

Je n'ai pas distingué, dans ce diagnostic, le rhumatisme musculaire en aigu et en chronique, parce que le lecteur pourra facilement faire la part de l'un et de l'autre; d'ailleurs je vais avoir maintes fois occasion, en parlant de chaque espèce de rhumatisme, de revenir sur ce point important.

Pronostic. Le pronostic n'a rien de grave. Seulement il faut noter que le rhumatisme chronique est une maladie des plus rebelles. Quelques espèces, comme le lumbago, la pleurodynie, la scapulodynie, qui sont les plus fréquentes, sont aussi les plus difficiles à guérir.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement du rhumatisme musculaire aigu est bien loin d'avoir été étudié avec le soin convenable, et la confusion que j'ai indiquée plus haut entre des états pathologiques qui, sans être distincts par leur nature, le sont du moins par quelques particularités importantes, ôte beaucoup de leur valeur aux assertions des auteurs sur ce point.

1° *Traitement du rhumatisme musculaire aigu.* Le traitement du rhumatisme musculaire aigu est fort simple. Si le mal est léger, on se contente de prescrire un *bain simple*, des *cataplasmes émollients*, le repos dans une *position* telle que les muscles affectés soient dans le relâchement. Si, au contraire, le rhumatisme est très violent, il faut recourir aux *émissions sanguines.* La *saignée générale* est rarement mise en usage dans ces cas; cependant, si le sujet est robuste et sanguin, l'extraction d'une assez grande quantité de sang par la veine est un moyen qui a des avantages réels et qu'on ne doit pas négliger. Les *ventouses scarifiées* sont d'un usage général dans cette affection, ainsi que les *sangsues* appliquées à plusieurs reprises, si la persistance des douleurs l'exige.

A l'aide de ces seuls moyens et de quelques boissons *sudorifiques*, telles que l'infusion de *sureau* et de *bourrache*, on parvient facilement à faire disparaître le rhumatisme musculaire aigu dans le plus grand nombre des cas. Les émissions sanguines locales, et l'application des sangsues en particulier, ont une efficacité chaque jour démontrée par les faits. Dès le lendemain de la première application, le soulagement est très considérable, et au bout de peu de temps tous les symptômes sont dissipés.

Si la douleur résiste, on a recours à quelques *topiques excitants*, tels que les *sinapismes*, le *chloroforme*, les liniments avec l'*alcali volatil*, les *cataplasmes à l'alcool saturé de camphre*, les frictions avec l'alcool camphré, une solution de savon, etc. Je fais remarquer ce nouveau trait de ressemblance entre le rhumatisme musculaire et la névralgie qui, elle aussi, cède parfois aux applications sur la peau des moyens que je viens d'énumérer.

Enfin, si la douleur est rebelle et tend à passer à l'état chronique, on a recours aux *vésicatoires*, aux *cautères*, aux *moxas*. Les cas de ce genre sont rares. Pour que les vésicatoires agissent, on est souvent obligé de les entretenir, ou mieux de les multiplier, comme dans les névralgies. Ce qui m'a réussi le mieux dans des cas très rebelles de *scapulodynie*, c'est l'application de larges vésicatoires sur lesquels on appliquait du *chlorhydrate de morphine* à dose croissante de 1 à 5 ou 6 centigrammes.

2° *Traitement du rhumatisme musculaire chronique.* Le traitement du rhumatisme musculaire chronique nous présente un bien plus grand nombre de moyens; mais ce qui prouve encore avec quelle négligence cette question a été étudiée, c'est que l'on n'a guère fait que reproduire, dans l'exposé de ce traitement, ce qu'on avait dit à propos du rhumatisme articulaire chronique; non que l'expérience ait prouvé que ce qui convient à l'un convient aussi à l'autre, mais parce que, regardant les deux affections comme de même nature, on a supposé que le même traitement devait nécessairement réussir dans l'une et dans l'autre. Passons en revue rapidement ces divers moyens.

Dans les cas d'exacerbations violentes et de retour à l'état aigu du rhumatisme musculaire chronique, on met en usage les moyens qui ont été énumérés plus haut. L'existence de la douleur chronique ne change rien à la pratique ordinaire. Si la douleur a perdu son acuité, on a très fréquemment recours aux *vésicatoires* à demeure ou aux vésicatoires volants et multipliés. A ce sujet, je dois présenter quelques réflexions. Les auteurs signalent tous la grande efficacité du vésicatoire dans le rhumatisme musculaire; cependant il résulte des faits que j'ai observés que ce moyen, quoique réellement utile, est notablement moins efficace, lorsque la douleur siége bien évidemment dans un ou plusieurs muscles, que lorsqu'elle est bornée au trajet bien connu d'un nerf. Ne doit-on pas admettre que, dans les cas très nombreux où l'on a vu disparaître très rapidement la douleur sous l'influence des vésicatoires, il s'agissait d'une névralgie bien caractérisée, d'une névralgie proprement dite, et non d'une douleur musculaire? C'est une manière de voir qui paraîtra très légitime à tous ceux qui ont jeté les yeux sur quelques unes des observations de rhumatisme musculaire publiées avant ces dernières années. Parmi les pleurodynies, les lumbagos, les rhumatismes musculaires de la tête et de l'abdomen, on trouve une très grande quantité de névralgies intercostales, lombo-abdominales, etc.; et, en pareil cas, les vésicatoires ont dû nécessairement avoir une très grande efficacité. Cette différence dans l'action d'un même médicament, sur des maladies de même nature, s'explique par la différence du siége.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de la *cautérisation transcurrente*, à laquelle on a eu également recours dans des cas où l'on n'a vu qu'un rhumatisme musculaire chronique. On sait combien ce moyen énergique est efficace dans les névralgies. Les *cautères* et les *moxas* sont bien moins fréquemment em-

ployés, et il n'est pas assez prouvé qu'ils aient plus d'utilité que les moyens qui viennent d'être mentionnés, pour qu'on passe par-dessus leurs inconvénients bien connus.

Lorsque la douleur, sans être très incommode par son intensité, l'est par sa persistance, il suffit quelquefois de *frictions sèches* avec une brosse anglaise, avec de la flanelle, un morceau de tissu de grosse laine, etc. Mais ce moyen n'est guère que palliatif, et la douleur, un moment calmée, ne tarde pas à reparaître.

Le *massage* a été beaucoup vanté dans ces dernières années, ainsi que la *percussion* sur les muscles affectés. M. le docteur Lepelletier (1) a rapporté des observations dans lesquelles on voit divers rhumatismes musculaires céder à l'emploi du *massage* et de la *distension forcée*. Il ne peut pas être un instant douteux que ces moyens produisent un soulagement très marqué, mais on peut leur appliquer la remarque précédente, c'est-à-dire que, le plus souvent, le soulagement n'est que momentané, et que la douleur se reproduit avec une très grande facilité.

Il me suffit de mentionner l'*acupuncture*, l'*électro-puncture*, l'*électricité*, l'action de l'*aimant ;* nous n'avons rien de positif sur leur degré d'utilité.

Les *liniments excitants*, les *topiques excitants* de toute espèce, sont employés dans le rhumatisme musculaire chronique. MM. Chomel et Requin proposent le liniment suivant :

℞ Teinture de cantharides...	15 gram.	Savon officinal............	30 gram.
Huile d'amandes douces...	120 gram.	Camphre.................	2 gram.

Dissoudre le camphre dans l'huile et le savon dans la teinture, puis mélanger le tout. Pour frictions, matin et soir, sur les points douloureux.

M. Delfrayssé (2) vante comme un excellent spécifique le liniment suivant :

Essence de térébenthine....	30 gram.	Tartre stibié..............	4 gram.

Faire quatre frictions à une heure d'intervalle sur la région malade.

Ce médecin cite deux observations seulement à l'appui de son assertion.

Les *eaux thermales* sont regardées comme très utiles dans le traitement de la maladie qui nous occupe. On recommande les *eaux sulfureuses*, particulièrement. Il est certain qu'on a de très fréquentes occasions de voir des malades, partis très souffrants, revenir débarrassés de leurs douleurs après une ou deux saisons des eaux. Mais quelles étaient les espèces de douleur dans les divers cas ? Voilà ce qu'il serait nécessaire de savoir avant de se prononcer.

Les *bains*, les douches de *vapeur*, les *fumigations sulfureuses*, sont de l'usage le plus fréquent, et l'expérience générale nous apprend qu'on en retire de bons effets ; mais il reste à déterminer quelles sont les circonstances dans lesquelles ces moyens conviennent particulièrement.

Nous avons encore à signaler ici l'usage de l'*eau froide* à l'*intérieur* et surtout à l'*extérieur*. Des faits nombreux ont été rapportés, qui prouvent les heureux effets de l'*hydrothérapie* dans le rhumatisme musculaire chronique aussi bien que dans le rhumatisme articulaire. Lorsque la maladie n'a pas une très grande intensité, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des cas, des *lotions froides* sur tout

(1) *Union médicale*, 2 et 5 mars 1850.
(2) *Gazette des hôpitaux*, mai 1852.

le corps, pratiquées le matin au sortir du lit, et faites en toute saison, sont d'une utilité reconnue par un grand nombre de médecins, et cette pratique se répandant beaucoup, on apprend tous les jours que de nouvelles personnes se sont ainsi débarrassées de douleurs rhumatismales anciennes.

Lorsque le rhumatisme musculaire chronique se montre rebelle à tous ces moyens, on ne doit pas hésiter à mettre en usage les *sels de morphine par la méthode endermique*, et cela avec persévérance. Il est bien entendu, que lorsqu'il ne s'agit que de ces petites douleurs qui ne causent ordinairement qu'une incommodité légère, il n'y a pas lieu de recourir à ce moyen et que les simples palliatifs suffisent. Le sel de morphine appliqué d'abord à faible dose, peut être élevé, comme je l'ai dit, dans le traitement du rhumatisme musculaire aigu. Il faut en étendre l'action à plusieurs points à la fois, en appliquant des vésicatoires multipliés sur les endroits les plus douloureux, et en mettant un centigramme de sel sur chaque vésicatoire.

On a bien souvent recours à de simples liniments sédatifs, le suivant, par exemple :

℞ Huile d'amandes douces.. 60 gram. | Laudanum de Sydenham.... 10 gram.

Mêlez. Pour frictions, deux ou trois fois par jour.

Mais les moyens de ce genre n'ont pas une action bien grande, et ne conviennent que dans les cas où le mal est léger.

MM. Chomel et Requin conseillent le liniment sédatif suivant :

℞ Baume tranquille...... } ãã 60 gram. | Huile de camomille..... } ãã 60 gram.
Huile camphrée....... } | Huile de jusquiame. ... }

Mêlez. Pour frictions, trois ou quatre fois par jour.

Il est douteux que ce liniment ait une action beaucoup plus grande que le précédent.

Moyens divers. Je me contenterai de mentionner les moyens suivants, parce que nous n'avons aucun renseignement précis sur leur mode d'action et sur leur degré d'efficacité.

On a recommandé les *frictions mercurielles*, l'usage du *calomel* à l'intérieur, le *colchique*, les *narcotiques ;* à l'intérieur, les lotions, les frictions de *cyanure de potassium*, qu'on pratique ainsi qu'il suit :

℞ Cyanure de potassium... 0,40 gram. | Eau..................... 30 gram.

Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

℞ Cyanure de potassium. . 0,20 gram. | Axonge................. 30 gram.

Pour frictions sur les points malades, trois ou quatre fois par jour.

M. Poggiale (1) a tout récemment communiqué à l'Académie des sciences la formule d'une pommade qu'il considère comme un moyen très efficace de traitement de douleurs rhumatismales, et à l'appui de l'action de laquelle il rapporte dix-sept observations. Voici cette formule :

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 30 décembre 1852.

℞ Chlorhydrate de morphine....................	Q. s.
Eau distillée, extrait de belladone..............	
Onguent populeum...........................	
Axonge macérée dans des feuilles de datura.......	

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise.

Nous ne donnons pas les doses, M. Poggiale ne les ayant pas publiées, mais l'intelligence de nos lecteurs comblera facilement cette lacune.

Je n'insiste pas sur ces moyens; j'ajoute seulement que dans certains cas où la maladie s'est montrée avec des caractères d'intermittence, on a réussi à la faire disparaître en employant le *traitement antipériodique;* et que, d'après ce que j'ai dit plus haut, le rhumatisme, quoique différent de la névralgie proprement dite, étant néanmoins au fond de la même nature, on est autorisé à essayer tous les moyens conseillés contre les névralgies qui n'ont pas été mentionnés dans l'exposé précédent (1).

Je viens d'exposer l'histoire du rhumatisme musculaire en général. Telle que je l'ai présentée, elle offrira, sans doute, quelque nouveauté à ceux qui savent avec quelle négligence elle a été traitée jusqu'à présent. L'étude des névralgies ayant attiré mon attention sur les douleurs de toute espèce, j'ai eu bien des fois occasion d'examiner avec attention des rhumatismes musculaires; c'est ainsi que j'ai pu noter plusieurs particularités importantes qui avaient échappé aux auteurs. Cependant je ne me dissimule pas qu'il reste encore beaucoup à faire sur ce point de pathologie plus important que ne paraissent le croire beaucoup de médecins. Tous les jours on est consulté pour des douleurs; d'abord on n'éprouve aucun embarras, parce qu'il est un certain nombre de moyens vulgaires qu'on peut prescrire sans porter aucun diagnostic; mais si les douleurs persistent, ce qui n'est pas rare, on se trouve fort embarrassé, on éprouve de l'hésitation à spécifier le cas, on ne sait plus à quel moyen avoir recours, et l'on peut perdre la confiance du malade. On ne saurait donc trop recommander au praticien l'étude attentive de cette maladie, dont je ferai connaître quelques particularités nouvelles en parlant des espèces de rhumatisme musculaire.

Traitement prophylactique. Dans ce que les auteurs nous ont laissé sur le traitement prophylactique du rhumatisme musculaire soit aigu, soit chronique, nous ne trouvons rien qui s'applique particulièrement à cette affection. Ce sont les soins hygiéniques, les précautions générales conseillées contre le rhumatisme articulaire, qu'on a purement et simplement appliqués au rhumatisme musculaire. C'est là évidemment encore une preuve du peu d'importance qu'on a attaché à l'étude de cette affection. En l'absence de renseignements plus exacts, bornons-nous à dire qu'on recommande aux personnes sujettes au rhumatisme musculaire la sobriété, la modération dans les plaisirs vénériens, un exercice régulier tous les jours, le soin d'éviter le froid humide, et néanmoins de ne pas prendre de trop grandes précautions contre cette cause. Si, en effet, on se couvre trop et si l'on évite avec trop de soin les impressions atmosphériques, on acquiert une très grande susceptibilité qui expose à voir apparaître les douleurs rhumatismales à la moindre action d'un air un peu frais. Les lotions froides, faites tous les matins, mettent à l'abri

(1) Voy. t. IV de cet ouvrage, art. *Névralgie en général*, traitement.

de cette susceptibilité. Il faut éviter le refroidissement partiel et prolongé du corps. On voit, en effet, fréquemment des malades qui ne peuvent trouver d'autre cause à leur affection que de s'être découverts la nuit et d'être ainsi restés, pendant un temps qu'ils ne peuvent préciser, exposés au contact de l'air froid. On doit également éviter de s'endormir sur le sol humide; changer de vêtements dès qu'ils sont mouillés, etc.

ARTICLE VII.

PRINCIPALES ESPÈCES DE RHUMATISME MUSCULAIRE.

Le soin avec lequel j'ai traité la description du rhumatisme musculaire en général me dispensera d'entrer dans de grands détails à l'occasion de chacune de ses espèces; je n'aurai, en effet, qu'à faire connaître ce qui les caractérise particulièrement, et, comme les symptômes communs à toutes ces espèces sont de beaucoup les plus nombreux, il ne me restera que quelques circonstances spéciales à mentionner.

Chacune des espèces que je vais décrire se manifeste à l'état aigu aussi bien qu'à l'état chronique; mais, comme il n'y a rien de bien important à dire sous le rapport des formes de la maladie, il suffit de cette indication générale, sauf à revenir à cette distinction si elle devient nécessaire.

1° *Rhumatisme épicrânien* (Céphalodynie).

Ce rhumatisme, comme son nom l'indique, occupe le muscle occipito-frontal qui recouvre la région épicrânienne. La douleur se fait principalement sentir vers l'occiput, le front et le sommet de la tête.

On a fréquemment confondu ce rhumatisme avec les névralgies trifaciale et occipitale légères. Ce qui les distingue, c'est que le rhumatisme a son siége des deux côtés, que les élancements y sont beaucoup moins vifs, et que les points douloureux, ou points d'émergence des nerfs, sont moins sensibles à la pression, tandis que la contraction du muscle qui tend à mouvoir le cuir chevelu est beaucoup plus douloureuse.

Quant au diagnostic avec l'érysipèle, la céphalalgie du coryza, la céphalalgie fébrile, il ne mérite pas de nous arrêter.

On a donné le nom de *gravedo* à cette espèce de rhumatisme comme aux autres rhumatismes musculaires de la tête. Il donne fréquemment lieu à cet état de céphalalgie chronique auquel on a donné le nom de *céphalée.*

Le *traitement* de cette espèce ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'il faut avoir soin de faire raser la tête pour l'application des topiques excitants ou calmants, pour les lotions froides, etc. Beaucoup de malades réussissent à calmer leurs douleurs en se couvrant la tête de coiffures très chaudes. MM. Chomel et Requin ont signalé les inconvénients de cette méthode, qui rend la tête beaucoup plus susceptible à l'impression du froid, et qui, en outre, prédispose aux congestions cérébrales. Je ne vois pas jusqu'à quel point cette dernière manière de voir peut être admise.

2° *Rhumatisme des autres muscles de la tête.*

Ce rhumatisme est plus rare que le précédent. Il a son siége le plus ordinairement dans les muscles des yeux, dans le temporal et dans le masséter. Dans ces deux derniers cas, la mastication est considérablement gênée. Rien, du reste, qui mérite de fixer plus longtemps notre attention.

3° *Rhumatisme du cou* (Torticolis, Cervicodynie).

Torticolis. Le rhumatisme du cou, connu généralement sous le nom de *torticolis*, et qui présente une variété à laquelle on peut donner le nom de *cervicodynie*, est un de ceux qui se montrent le plus fréquemment à l'état aigu.

Le plus souvent il a pour cause l'*action prolongée du froid* sur les muscles du cou pendant le sommeil. C'est, en effet, presque toujours au réveil, et du côté exposé au froid, que les muscles se montrent douloureux. Il paraît néanmoins que quelquefois le torticolis reconnaît pour cause une contraction prolongée et forcée des muscles atteints, par suite de ce que les malades appellent une fausse position. On a dit que les hommes y sont plus sujets que les femmes, mais le fait n'est pas parfaitement prouvé.

Le torticolis se manifeste ordinairement le matin au réveil, ainsi que je viens de le dire : les malades ne s'en aperçoivent qu'au moment où voulant tourner la tête, ils sont arrêtés par la douleur. C'est surtout lorsqu'ils veulent tourner la tête du côté opposé au côté affecté qu'ils éprouvent cette souffrance, qui est telle que le mouvement est brusquement arrêté, et que souvent elle leur arrache un léger cri. Toutes les fois que, sans y penser, ils veulent renouveler ce mouvement, les mêmes phénomènes se manifestent ; mais lorsqu'ils se retournent de propos prémédité, ils ont soin de prendre des précautions pour éviter la douleur ; ils se retournent tout d'une pièce ; c'est le corps qui fait le mouvement et non la tête. Ils ont soin par là d'éviter toute contraction des muscles affectés. La même appréhension leur fait tenir instinctivement la tête inclinée du côté malade et la face un peu tournée dans le même sens, d'où résulte une tournure bizarre désignée par cette expression de torticolis ou *cou tors*.

Le torticolis présente, dans la marche et l'exaspération de ces symptômes, les mêmes particularités que les autres rhumatismes musculaires. On peut dire seulement que la douleur spontanée y revêt moins fréquemment le caractère rémittent, lancinant, névralgique que dans les autres espèces.

On a parlé de *torticolis chroniques* par rétraction des muscles, inflammation chronique des tendons, etc. (1). Les cas de ce genre ne sont pas de véritables rhumatismes, et le torticolis chronique, s'il existe, est une maladie fort rare.

Cervicodynie. Mais il est une autre affection du même genre qui se montre aussi bien à l'état chronique qu'à l'état aigu, et qui n'est pas suffisamment connue. C'est celle à laquelle je propose de donner le nom de *cervicodynie*, parce que la douleur a son siége dans les muscles de la région cervicale.

Tous les muscles de la partie postérieure du cou sont affectés. Lorsque le malade

(1) Voy. J. Guérin, *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien*. Paris, 1838, in-8. — Bouvier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 956 ; t. IV, p. 518.

veut incliner fortement la tête en arrière, il sent dans ces muscles une douleur vive ou bien la sensation que fait éprouver la pression sur une partie contuse. Dans le repos absolu et dans le relâchement des muscles, toute sensation douloureuse disparaît ordinairement ; mais à la plus légère tension des muscles, si le malade baisse un peu la tête, par exemple, une douleur sourde, qui va bientôt en augmentant, ne tarde pas à se faire sentir. Cette douleur retentit fréquemment vers la partie supérieure et antérieure de la tête, parce qu'elle gagne le muscle occipito-frontal. On voit par là quelle analogie il y a entre ce rhumatisme et la *névralgie occipitale*. On trouvera ces rapports bien plus grands encore lorsque je dirai que j'ai vu le rhumatisme des muscles de la partie postérieure du cou se transformer en névralgie occipito-frontale très évidente, et que j'ai observé longtemps un sujet chez lequel la douleur était tantôt concentrée dans ces muscles, et tantôt épanouie, pour ainsi dire, à tous les rameaux nerveux de la partie postérieure et antérieure de la tête.

Mais ce qu'il faut surtout noter, c'est un état de vague dans la tête, de la tension dans cette partie et des étourdissements souvent très marqués. J'ai observé plusieurs fois ces symptômes, qui ressemblent beaucoup, comme on le voit, à ceux de certaines *congestions* décrites dans un autre article de cet ouvrage (1). Je me suis cependant assuré qu'il n'y avait pas de congestion ; les symptômes que je viens d'énumérer étaient en rapport avec la douleur des muscles du cou, avec son extension aux muscles de la tête, avec la fatigue éprouvée par les parties malades ; ainsi ils survenaient principalement lorsque la tête était restée longtemps courbée en avant, lorsque les sujets avaient dû fréquemment la tourner à droite et à gauche, lorsqu'ils avaient gardé pendant un certain temps une position dans laquelle les muscles étaient dans un état plus ou moins grand de tension. D'un autre côté, l'exercice en plein air ne dissipait nullement ces accidents, tandis que le repos dans une position convenable les faisait constamment disparaître.

Nous connaissons donc maintenant trois affections qui ont entre elles des rapports incontestables : ce sont la névralgie occipitale ou occipito-trifaciale, la congestion cérébrale de longue durée et la cervicodynie. Je ne doute pas que le lecteur, en recherchant attentivement les douleurs de la tête et du cou, aiguës ou chroniques, qui se présenteront à lui, ne découvre des cas de ces diverses espèces. C'est en faisant mes recherches sur les névralgies que j'ai appris, je le répète, à distinguer ces douleurs diverses, dont les nuances sont quelquefois très difficiles à saisir, et qui exigent par conséquent une grande attention de la part du médecin qui veut connaître exactement l'affection qu'il a à traiter.

La *névralgie occipito-frontale* se distingue de la cervicodynie par ses élancements, par son siége plus fréquent d'un seul côté, par ses exacerbations, et plus encore parce que la forte tension de la tête en arrière ne détermine pas de douleurs des muscles du cou, ou que, si cette douleur existe, ce qui a lieu lorsque les autres rameaux du plexus cervical participent à la maladie, elle n'est pas comparable à celle du rhumatisme musculaire. Enfin, la douleur à la pression est plus vive dans les points névralgiques, ce qui est un caractère diagnostique général, comme on l'a vu plus haut (2).

La *congestion sanguine* de longue durée a pour signe distinctif l'absence de

(1) Voy. t. IV.
(2) Voy. l'art. *Rhumatisme en général*, art. diagnostic.

douleur des muscles du cou, ce qui serait déjà suffisant, et, de plus, les battements des artères, le bien-être que procure l'exercice en plein air, etc.

Les signes distinctifs que je viens d'indiquer sont, comme on le voit, assez caractéristiques; mais il faut les avoir bien présents à l'esprit pour éviter l'erreur. Le plus souvent on se prononce d'après la persistance de la douleur de tête et d'après les autres symptômes tels que les étourdissements, le vague des idées, etc., et de là vient qu'on a généralement des données si peu précises sur les trois affections dont il s'agit.

La *cervicodynie* a des moments d'exacerbation pendant lesquels les malades sont condamnés au repos. Elle peut durer pendant plusieurs mois sans entraîner aucun accident grave. Convenablement traitée, elle se termine par la guérison.

Le *traitement* du *torticolis* ne présente rien de particulier. Le repos pendant deux ou trois jours, le soin de maintenir la chaleur autour du cou jour et nuit, suffisent dans presque tous les cas. Si l'affection était plus rebelle, on aurait recours aux moyens ordinaires mentionnés dans le traitement du rhumatisme musculaire en général.

Le traitement de la *cervicodynie* réclame ordinairement des moyens plus énergiques. Les *ventouses scarifiées* plus ou moins répétées suivant les cas, puis les *vésicatoires volants*, avec ou sans addition de *chlorhydrate de morphine*, m'ont constamment réussi; mais il faut nécessairement que le malade garde le repos pendant le traitement. Les travaux de cabinet sont surtout contraires à cette affection; la tête étant constamment penchée pour écrire, les contractions musculaires incessantes nécessitées par cette position s'opposent au succès du traitement. Sous ce rapport, comme sous tous les autres, la cervicodynie ressemble parfaitement au *lumbago*, maladie qui n'est mieux connue que parce qu'elle est beaucoup plus commune.

4° *Rhumatisme de la région dorsale, ou* Dorsodynie.

Le rhumatisme de la région dorsale n'a pas plus été décrit que le précédent. Cependant il existe : j'en ai vu des exemples en étudiant la névralgie dorso-intercostale. Si l'on transporte aux muscles de la région dorsale les symptômes décrits en parlant du rhumatisme de la région cervicale, ou cervicodynie, on aura la description de la maladie qui nous occupe. Ici il n'y a plus de tension de la tête, de vague des idées, d'étourdissements; mais le rhumatisme des muscles de la région dorsale s'étend fréquemment aux épaules, aux grands pectoraux, aux grands dorsaux, et presque toutes les parties du tronc deviennent alors douloureuses. La douleur se fait principalement sentir lorsque le malade, par la contraction des muscles, cherche à rapprocher les omoplates.

Ce rhumatisme n'exige pas de moyens particuliers, mais il est quelquefois assez rebelle pour réclamer des moyens actifs et persévérants.

5° *Rhumatisme de la région lombaire, ou* Lumbago.

Ce rhumatisme, auquel on pourrait donner le nom de *lombodynie* pour plus d'uniformité, est un des plus fréquents. Il occupe les masses charnues considérables de la région lombaire. Aussi les douleurs, lorsque le rhumatisme est à l'état

aigu, sont excessives à cause de la violence des contractions. Lorsque le malade, étant couché, veut se mettre à son séant, cette douleur est très intense; elle l'est plus encore lorsqu'il veut s'étendre de nouveau sur son dos : la contraction musculaire pour reporter le tronc en arrière se faisant trop brusquement, la souffrance est excessive; le malade, malgré lui, se retient, ce qui augmente sa souffrance à cause des efforts qu'il est obligé de faire, et enfin, vaincu par la douleur, il se laisse tomber comme une masse inerte en poussant un gémissement. Il est obligé de garder le lit, où il reste toujours dans la même position. Le moindre mouvement est devenu impossible.

C'est lorsque le lumbago a cette intensité qu'on observe quelquefois un léger *mouvement fébrile* qu'il faut peut-être attribuer autant à l'insomnie et à l'agitation causée par la douleur qu'à l'affection elle-même.

Le lumbago est une des espèces de rhumatisme musculaire qui se montrent le plus fréquemment à l'*état chronique*. En pareil cas il ne présente pas de particularité bien importante. On n'a qu'à appliquer à la région lombaire les symptômes locaux décrits dans le rhumatisme musculaire en général, et l'on aura sa description.

Le diagnostic de cette affection offre un certain intérêt; mais il peut être donné en peu de mots. On la distingue des douleurs articulaires des lombes par les signes suivants : Le *rhumatisme articulaire des lombes*, qui est assez rare, se manifeste à la suite d'autres douleurs articulaires; il y a tuméfaction des environs des apophyses épineuses. La pression est très douloureuse sur ce point, où les mouvements déterminent une douleur telle, que tout mouvement devient impossible.

Un *abcès des lombes* cause de la fièvre et détermine de l'empâtement et de la fluctuation.

La *névralgie lombo-abdominale* a pour caractères des points douloureux, non seulement vers les apophyses épineuses, mais dans les flancs et vers l'hypogastre, ainsi que des élancements; les mouvements sont moins douloureux.

Quant à la *méningite spinale*, à l'*anévrysme de l'aorte descendante* corrodant les vertèbres, etc., les différences qu'elles présentent sont exposées en détail dans leur description, à laquelle je renvoie le lecteur (1). J'ajoute que, dans certaines circonstances, il est vrai, le diagnostic est difficile, surtout quand il s'agit du lumbago chronique, et que les tumeurs attaquant les vertèbres sont en particulier des causes fréquentes d'erreurs de diagnostic à une certaine époque de leur durée; mais que souvent aussi l'erreur peut être imputée au peu de soin avec lequel on dirige l'interrogatoire et à la légèreté avec laquelle on fait l'examen de la partie affectée.

Je n'ai aucun moyen thérapeutique particulier à faire connaître relativement au lumbago. C'est par conséquent au paragraphe consacré au traitement du rhumatisme musculaire en général qu'il faut chercher des renseignements à ce sujet.

6° *Rhumatisme des parois thoraciques, ou* Pleurodynie.

J'ai dit dans un autre ouvrage (2), et je dois le répéter ici, parce que chaque

(1) Voy. ces articles.
(2) *Traité des névralgies*, chap. *Névralgie dorso-intercostale*.

jour on trouve de nouvelles preuves de l'exactitude de cette assertion, que très fréquemment on a désigné sous le nom de *pleurodynie*, ou *rhumatisme des parois thoraciques*, de véritables névralgies. M. Gaudet (1), qui nous a donné un mémoire intéressant sur ce sujet, n'a pas pu toujours échapper à l'erreur, parce que, à l'époque où il écrivait, les caractères distinctifs des deux affections n'étaient pas bien connus. On en a la preuve en lisant les deux premières observations du mémoire que je viens de citer.

Les muscles principalement affectés dans la *pleurodynie* sont les pectoraux et les intercostaux.

Cette affection ne présente d'autre particularité que la douleur plus ou moins vive qui occupe les côtés de la poitrine ou les attaches du grand pectoral, dans les grandes inspirations, la toux, l'éternument, en un mot dans tous les mouvements dans lesquels la poitrine se dilate avec rapidité. Lorsque ce rhumatisme est à l'état aigu, et qu'il occupe un grand nombre de muscles de la poitrine, il détermine une très grande anxiété. La douleur très vive ne permettant pas des inspirations complètes, les malades se croient menacés de suffocation à chaque instant; ils sont oppressés, ne savent quelle position prendre. Il en est qui éprouvent une sensation de resserrement très pénible de la poitrine.

Le *diagnostic* différentiel de cette maladie ne doit être porté qu'entre elle, la *pleurésie* et la *névralgie dorso-intercostale*.

Ce n'est qu'au début de la *pleurésie*, alors qu'il n'y a pas encore d'épanchement, ou bien dans les cas très rares de *pleurésie sèche*, qu'on pourrait confondre l'inflammation de la plèvre avec la pleurodynie. Dans toute autre circonstance, l'erreur serait impardonnable avec les moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui.

Il arrive quelquefois que la douleur vive (point de côté) que détermine la pleurésie précède l'épanchement de plusieurs jours. Quelques médecins ont pensé qu'il y avait dans ce cas une pleurodynie qui se terminait par une pleurésie; c'est une erreur. Il est aujourd'hui certain que la douleur, dans ces cas, dépend de l'inflammation de la plèvre, qui n'a pas encore produit d'exsudation assez considérable pour être appréciée par la percussion et par l'auscultation. Le mouvement fébrile, l'intensité du point de côté, son siége limité à un point peu étendu, la toux, mettront sur la voie du diagnostic. Les mêmes signes feront reconnaître la pleurésie sèche, et, de plus, on devra rechercher le bruit de frottement qui se produit en pareil cas.

Quant au diagnostic de la pleurodynie et de la *névralgie intercostale*, je renvoie à l'article consacré à cette dernière affection (2).

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qui a été écrit au sujet de la pleurodynie, pour s'assurer que son *traitement* ne diffère pas de celui des autres rhumatismes musculaires. Seulement la *position* du corps est peut-être plus favorable à l'apaisement des douleurs dans cette affection que dans toute autre. M. Gaudet (3) a cité des cas dans lesquels une position convenable, c'est-à-dire celle qui met dans le relâchement les muscles affectés, a toujours amené le plus grand soulagement.

(1) *Rech. sur le rhum. des parois thoraciques* (*Gaz. méd.*, 12 avril 1834).
(2) Voy. t. IV, art. *Névralgie dorso-intercostale*.
(3) *Loc. cit.*

J'ajoute qu'une application d'un nombre assez considérable de sangsues ou de ventouses scarifiées fait promptement cesser les accidents d'apparence si grave que j'ai mentionnés plus haut.

7° *Rhumatisme musculaire de l'épaule, ou* Scapulodynie.

Le rhumatisme musculaire de l'épaule a pour siége principal le deltoïde; on le trouve aussi dans les muscles qui viennent se fixer à tout le pourtour du scapulum. Ce rhumatisme mérite une attention particulière de la part du médecin. Il est souvent d'une grande violence; il a entraîné quelquefois la paralysie du bras, et enfin c'est celui qui se transforme le plus souvent en véritable névralgie (1). On voit, en effet, chez certains sujets, des douleurs vives occuper toutes les masses musculaires de l'épaule, gêner à un point extrême les mouvements, ne pas présenter de point douloureux circonscrit, puis gagner le plexus brachial, se circonscrire dans le nerf circonflexe, dans les points cervicaux, vers l'épitrochlée, etc., engourdir la main, présenter des élancements, etc. Les faits que j'ai recueillis ne laissent aucun doute à cet égard.

Les degrés de la douleur dans la *scapulodynie* varient beaucoup. Tantôt il n'existe qu'un peu de sensibilité, qui se manifeste lorsque le sujet veut élever le bras ou le porter en arrière; tantôt la douleur est si vive, que tous les mouvements sont impossibles et que le malade ne sait quelle position prendre.

Ces derniers cas ressemblent tellement à l'*arthrite* de l'épaule, que l'on a beaucoup de peine à les distinguer. J'ai eu, il y a quelques mois, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade qui est resté longtemps dans l'hôpital, et chez lequel tout m'a porté à croire qu'il existait un rhumatisme musculaire occupant particulièrement le deltoïde. Les raisons qui m'ont fait porter ce diagnostic étaient qu'il n'y avait pas de roideur bien marquée, et que, à certaines époques, la douleur se dissipait en grande partie, pour reprendre ensuite une nouvelle intensité. Du reste, aucun des autres symptômes de l'arthrite, sans en excepter la fièvre aux époques des exacerbations les plus violentes, ne manquait dans ce cas. Je signale les faits de ce genre à l'attention des médecins. Ils n'ont pas, à beaucoup près, été étudiés d'une manière convenable, et, sans aucun doute, ils méritent de l'être.

Le repos absolu du membre, les émissions sanguines abondantes, la morphine par la méthode endermique, tels sont les moyens de *traitement* les plus utiles quand la douleur est très violente. Dans le cas contraire, quelques ventouses scarifiées, des émollients, des bains, suffisent. C'est assez dire que cette espèce de rhumatisme n'a pas de moyens de traitement qui lui soient propres.

8° *Rhumatisme musculaire des membres.*

Nous n'avons rien de bien important à dire sur le rhumatisme musculaire des membres. C'est peut-être celui dans lequel il y a le plus grand contraste entre l'état du malade pendant le repos et pendant la contraction. La contraction des muscles étant très étendue, il en résulte une douleur relativement plus vive, tandis

(1) Voy. *Traité des névralgies*, chap. III, *Névralgie cervico-brachiale.*

que les membres étant dans un repos absolu lorsque le malade est couché, la douleur disparaît complétement.

La direction de la douleur suivant le trajet connu d'un nerf, la dissémination en points douloureux, les élancements, font distinguer la *névralgie* du rhumatisme musculaire des membres. Quant aux douleurs chez les sujets *courbaturés*, aux douleurs *syphilitiques*, à celles qu'éprouvent les sujets atteints de *colique de plomb*, les symptômes concomitants suffisent pour les faire distinguer de la maladie qui nous occupe.

Le *traitement* de cette espèce ne présente absolument rien qui sorte de la règle générale.

9° *Rhumatisme des parois antérieure et latérale de l'abdomen.*

Ce rhumatisme, signalé d'abord par M. Chomel, a été ensuite décrit par M. Genest (1), et plus tard par M. Requin (2).

Le caractère principal de cette affection consiste dans une douleur occupant toute la paroi abdominale antérieure, et se prolongeant quelquefois vers les reins. Cette douleur, qui a les caractères décrits dans l'article *Rhumatisme en général*, acquiert une intensité extrême lorsque les malades veulent s'asseoir. La pression l'augmente aussi beaucoup ; mais voici un signe qui m'a été très utile dans des cas fort difficiles, et que plusieurs médecins avaient pris pour des péritonites. Lorsqu'il existe réellement une péritonite, la pression devient de plus en plus vive à mesure que l'on presse, et l'on est bientôt obligé de cesser l'exploration, bien que la pression soit exercée avec toute la paume de la main. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit du rhumatisme abdominal : après la première sensation douloureuse, la pression est bien supportée, et l'on peut ainsi explorer les organes abdominaux. Déjà on avait fait cette remarque, que la douleur à la pression est beaucoup moins vive que la douleur occasionnée par les mouvements ; mais on n'avait pas noté cette différence si importante et qu'on ne saurait trop recommander à l'attention du praticien.

On a dit que dans le rhumatisme abdominal il n'y a ni frissons, ni vomissements, ni autres symptômes généraux remarquables. Le fait est vrai pour la grande majorité des cas ; mais il ne s'applique pas à tous. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu une femme qui avait eu des frissons, du brisement des membres, des vomissements bilieux, de la diarrhée, et qui présentait une douleur vive de la paroi antérieure du ventre, avec chaleur de la peau, élévation et accélération du pouls, sueur, anorexie, soif, etc. C'est surtout dans les cas de ce genre que le signe différentiel dont je viens de parler me paraît important ; il m'a suffi, en effet, chez cette malade, pour reconnaître le rhumatisme et éloigner toute idée d'une péritonite.

C'est presque toujours chez des femmes qu'on a observé ce rhumatisme, qu'une ou deux applications de sangsues ou de ventouses, les délayants et quelques calmants font disparaître avec promptitude.

(1) *Gaz. méd.*, 1832 : *Rech. sur quelques cas de rhum. des parois abdominales qui peuvent être confondus avec la péritonite générale.*

(2) *Loc. cit.*, p. 67 et suiv.

10° *Rhumatisme interne, ou rhumatisme viscéral.*

Nous n'avons que des données fort insuffisantes sur cette espèce de rhumatisme, dont les variétés sont aussi nombreuses que les organes dans lesquels existe la fibre musculaire. On a même prétendu que les organes où le tissu musculaire n'existe pas peuvent être le siége d'un rhumatisme semblable à celui dont nous nous occupons, et la grande raison qu'on a fait valoir en faveur de cette opinion, c'est que, dans un certain nombre de cas, la douleur se transporte des muscles vers ces organes. D'après ce que nous avons dit plus haut, il n'y a là qu'une dispute de mots. Les faits dont je viens de parler ne peuvent être niés, et si nous nous rappelons ce qui se passe dans certains rhumatismes que j'ai mentionnés, rien n'est plus facilement explicable. Si, en effet, nous voyons les douleurs musculaires ayant au plus haut point le caractère rhumatismal se porter sur un nerf sous forme de névralgie bien évidente, il n'est nullement étonnant que ces mêmes douleurs se portent sur un viscère; seulement alors il en résulte une de ces viscéralgies que nous avons décrites dans un des volumes précédents : une gastralgie, une entéralgie, etc. On ne comprend bien la manière dont toutes ces diverses douleurs se comportent que lorsqu'on connaît leur origine commune. Plus nous avons avancé dans l'étude des faits, plus nous nous sommes assuré que toutes ces affections, qui ont pour caractère essentiel et presque unique la douleur, et qui n'occasionnent aucune altération des tissus, sont de la même nature, et que si le praticien doit tenir grand compte de la différence du siége qui apporte à la maladie tant de modifications importantes, il ne doit pas non plus oublier cette identité de nature qui lui explique bien des phénomènes autrement inexplicables, et qui, dans plusieurs cas, peut être la source d'indications utiles. Quoi qu'il en soit, fidèle à la division que nous avons tracée, nous ne devons reconnaître comme rhumatisme que les douleurs nerveuses qui ont pour siége les fibres musculaires.

a. Rhumatisme de la langue. Chez les individus qui sont très sujets au rhumatisme musculaire, il survient parfois une douleur de la langue, qui n'est appréciable qu'au moment des contractions de cet organe, et qu'on ne peut rapporter qu'au rhumatisme musculaire. M. Chomel en a observé un exemple ; j'en ai également observé un. Le siége de la maladie était d'un seul côté de la langue. Je n'insiste pas sur cette affection, qui est passagère, qui n'exige aucun moyen de traitement, et qui par conséquent n'intéresse pas le praticien.

b. Rhumatisme du pharynx et de l'œsophage. Le rhumatisme du pharynx et de l'œsophage a été maintes fois observé. Le malade ne s'aperçoit nullement de l'existence de la douleur jusqu'au moment où il veut avaler les aliments ; mais alors, et surtout lors de la déglutition des premières bouchées, il se manifeste, soit dans le pharynx, soit dans un point limité de la hauteur de l'œsophage, une douleur très vive qui cesse en partie lorsque le bol alimentaire a franchi le point affecté, mais qui se renouvelle dès que le malade recommence à manger. Cette douleur peut durer plusieurs jours ; elle se dissipe d'elle-même, et d'autant plus promptement, que le malade s'abstient davantage d'aliments solides, ce qui est difficile, la santé étant d'ailleurs parfaite. Il ne faut pas confondre ce rhumatisme



avec la douleur qui est produite quelquefois dans l'œsophage par le passage d'un bol alimentaire trop volumineux ou non suffisamment mâché, et qui se dissipe d'un repas à l'autre.

c. Rhumatisme de l'estomac et des intestins. Nous n'avons que les données les plus insuffisantes sur ce rhumatisme. J'ai parlé ailleurs des *viscéralgies ;* mais il s'agit de savoir si les muscles seuls de l'estomac et des intestins peuvent être affectés comme les muscles des lombes, par exemple ; or la réponse à cette question est tout à fait impossible dans l'état actuel de la science. Je dirai seulement que quelquefois on observe des *coliques* d'une médiocre intensité, sans évacuations alvines, ayant lieu dans un point limité de l'abdomen, et qui paraissent résulter de la contraction de quelques fibres intestinales rhumatisées, ou de leur dilatation par le passage de quelques gaz.

On a voulu donner le nom de *rhumatisme de l'estomac et de l'intestin* à des accidents plus ou moins graves survenus dans le cours du rhumatisme articulaire, et même de la goutte ; mais il suffit de rappeler les remarques que j'ai faites à ce sujet en parlant de la *goutte rétrocédée :* j'y renvoie le lecteur.

d. Rhumatisme du diaphragme. On a cité des cas dans lesquels des douleurs vives se faisaient sentir au niveau du rebord des fausses côtes, aux attaches du diaphragme, et augmentaient dans les grands efforts d'inspiration. C'est surtout chez les sujets affectés de courbature que se manifestent ces douleurs qu'il ne faut pas confondre avec les points douloureux de la névralgie dorso-intercostale, et qui exigent quelquefois l'application de quelques sangsues.

e. Rhumatisme de l'utérus. J'emprunte à un travail de Dezeimeris (1) le résumé suivant des symptômes de cette espèce de rhumatisme observée et décrite par plusieurs auteurs en Allemagne, et peu connue en France avant ces dernières années. Ce résumé appartient à Wigand. « Le rhumatisme, dit Wigand, affection propre, comme on sait, aux muscles et à leurs gaînes, peut aussi atteindre la fibre contractile de l'utérus, et même s'y présenter sous sa forme la plus aiguë, signalant sa présence, là comme ailleurs, par une douleur dont l'effet est d'enchaîner la contractilité et le mouvement, par l'augmentation de la chaleur, par du gonflement. Résumés en peu de mots, les signes caractéristiques du rhumatisme de l'utérus sont les suivants : Sans qu'aucune violence ait été exercée sur cet organe, il survient un endolorissement général de la matrice, qui ne supporte pas d'être palpée. Cet état est suivi de contractions utérines assez régulières, si ce n'est qu'elles sont accompagnées, non pas seulement vers la fin, comme dans l'état naturel, mais dès leur début ou à leur milieu, d'une vive douleur qui arrête et enchaîne le mouvement ; la contraction utérine est douloureuse dès le commencement, lorsque l'organe est affecté de rhumatisme. »

J'ai cité ce passage, quoiqu'il s'agisse d'un accident qui se montre pendant la grossesse et l'accouchement, parce que ces faits ne sont pas suffisamment connus, et méritent de l'être.

Je ne pousserai pas plus loin la description de ces variétés de rhumatisme musculaire, qui, comme on le voit, n'ont pas une importance bien grande, et pour lesquels la description du rhumatisme musculaire en général est suffisante.

(1) *Mém. sur le rhumat. de l'utérus dans la grossesse et dans l'accouchement* (journ. *l'Expérience*, 1839).

ARTICLE VIII.

DE QUELQUES DOULEURS PARTICULIÈRES DES MUSCLES (*tour de reins, etc.*)

Il est quelques douleurs particulières qu'on ne peut pas regarder absolument comme des rhumatismes, mais qui tiennent au rhumatisme en ce que, suivant la remarque que j'ai faite, dans bon nombre de cas soumis à mon observation, elles se manifestent principalement chez des individus sujets à cette maladie. La première de ces douleurs a reçu le nom de *tour de reins*, et comme on a émis au sujet de cette affection des opinions diverses, c'est sur elle que j'insisterai principalement.

1° TOUR DE REINS.

La plupart des auteurs, avant ces derniers temps, regardaient le tour de reins comme une variété du *lumbago*. Quelques auteurs récents ont attribué la douleur vive qu'éprouvent les sujets qui en sont atteints à une rupture de quelques fibrilles des muscles sacro-lombaires. Je ne crois pas qu'aucune de ces opinions doive être adoptée, quoique la première se rapproche plus de la vérité. J'ai observé maintes fois le tour de reins, et je n'ai jamais rien vu qui ressemblât à la rupture des fibres musculaires ou aponévrotiques ; d'un autre côté, comme on le verra plus bas, des douleurs semblables peuvent se montrer dans les membres et dans des parties du tronc autres que les lombes, sans qu'il y ait eu un effort assez considérable pour qu'on puisse supposer que des fibres musculaires ont été rompues : ces raisons me paraissent suffisantes pour faire rejeter l'opinion qui attribue le tour de reins à la rupture des fibres musculaires ou aponévrotiques.

Mais est-ce un rhumatisme, un lumbago ? C'est ce qu'on ne peut admettre dans le sens absolu du mot, parce que la contraction violente du muscle suffit pour produire la douleur, et que le nom de rhumatisme implique l'idée d'une autre cause qu'une simple violence extérieure. Toutefois, je le répète, il y a cela de remarquable, que cette douleur se produit presque toujours chez des sujets qui ont éprouvé plus ou moins fréquemment des atteintes de rhumatisme musculaire. Quand on regarde, ainsi que nous l'avons fait, ce rhumatisme comme une névralgie ayant son siége dans les muscles, ce que l'affection a de singulier au premier abord disparaît bientôt. Nous savons, en effet, que, dans un certain nombre de cas, la névralgie peut se produire brusquement ; pourquoi n'en serait-il pas de même du rhumatisme musculaire, qui est de la même nature ?

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

Il résulte de ce que je viens de dire, que le tour de reins n'est autre chose que le résultat d'une contraction violente de la masse musculaire des lombes, chez des sujets ordinairement prédisposés, résultat qui consiste en une douleur très vive et survenue brusquement.

Cette affection a été décrite sous le nom de *lumbago, lumbago aigu*. Elle est assez fréquente ; on l'observe principalement dans les hôpitaux où se trouvent les sujets qui font le plus fréquemment des efforts pour soulever des fardeaux, etc.

§ II. — Causes.

Comme je viens de le dire, c'est surtout en soulevant un fardeau qu'on se trouve le plus souvent saisi par la douleur dont nous nous occupons. Il en résulte que ceux qui y sont le plus sujets sont les rouliers, les camionneurs, ceux, en un mot, qui exercent des professions dans lesquelles il faut se baisser pour saisir à terre un objet très lourd et l'enlever avec effort. C'est au moment même où les muscles de la partie postérieure du tronc entrent vivement en contraction pour enlever le fardeau de terre, que la douleur se déclare et arrête le mouvement commencé. Cependant il suffit quelquefois d'un redressement brusque du tronc, d'un mouvement rapide de torsion, pour produire le même effet, et on le conçoit bien, puisque la seule condition qui soit nécessaire pour la production de la maladie est une contraction très rapide et généralement très puissante du muscle affecté. Je dis généralement, parce qu'il y a encore ici une restriction à faire. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des individus être saisis brusquement d'une douleur lombaire des plus vives, dans un mouvement peu violent. Cet effet a lieu principalement chez les sujets très exposés au rhumatisme musculaire.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont très simples. La douleur est des plus vives. Elle ne se manifeste guère que dans le mouvement; mais alors elle est telle, que le malade ne peut absolument pas se retourner dans son lit, et que, s'il veut chercher à se mettre à son séant, à peine a-t-il commencé la contraction nécessaire pour cela, qu'il s'arrête et retombe. Le décubitus sur le dos est presque toujours forcé.

La douleur à la pression n'est nullement en rapport avec celle que produisent les moindres mouvements.

Du reste, il n'y a ni fièvre, ni perte de l'appétit, aucun symptôme général qu'on puisse rapporter à l'affection qui nous occupe.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie survient brusquement; elle acquiert immédiatement son summum d'intensité; puis, soit simplement sous l'influence du repos, soit sous celle d'un traitement approprié, elle va diminuant. Sa durée n'est que de quatre ou cinq jours dans les cas ordinaires, ce qui s'accorde peu avec l'opinion qui attribue la maladie à la rupture de quelques fibres musculaires ou aponévrotiques. Elle se termine toujours par la guérison.

§ V. — Lésions anatomiques.

Suivant la manière de voir que j'ai adoptée, il n'y a pas plus de *lésions anatomiques* appartenant à la maladie qui nous occupe, qu'au rhumatisme musculaire. Dans l'opinion opposée que j'ai mentionnée plusieurs fois, quelques fibres aponévrotiques ou musculaires seraient rompues, d'où un certain désordre dans le tissu cellulaire environnant. L'existence de cette lésion n'est, je le répète, nullement prouvée.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La cause occasionnelle qui a produit cette affection est telle, qu'il suffit de la connaître pour faire porter un diagnostic certain, et d'ailleurs la douleur est si violente pendant les contractions musculaires, qu'on ne peut lui en comparer aucune autre dans cette région.

Pronostic. Le pronostic n'a rien de grave. Au bout de peu de jours, la douleur se dissipe sans laisser de traces.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette affection est des plus simples. Les médecins qui croient que la maladie résulte de la rupture de quelques fibres musculaires ou aponévrotiques conseillent uniquement de laisser les malades dans le *repos absolu*, de leur épargner les moindres mouvements, et il est certain que, de cette manière, la maladie se dissipe d'elle-même au bout de quelques jours. Mais de ce qui s'est passé dans les cas soumis à mon observation, je crois pouvoir conclure que l'application de vingt ou vingt-cinq sangsues, ou de huit ou dix ventouses scarifiées sur le point douloureux, des *cataplasmes émollients* sur les lombes, une petite quantité d'*opium* en pilules ou en potion, calment bien plus promptement la douleur et abrégent la durée de la maladie. Il n'est pas rare de voir des sujets qui, la veille pouvaient à peine faire un léger mouvement, se mettre d'eux-mêmes à leur séant, et ne se plaindre que d'une très faible douleur, le lendemain de l'application des sangsues ou des ventouses. M. Louis a obtenu, par les mêmes moyens, les mêmes résultats, ainsi qu'il l'a maintes fois mentionné dans ses *Leçons cliniques.*

2° DOULEURS RÉSULTANT DE CONTRACTIONS BRUSQUES DANS D'AUTRES PARTIES DU CORPS.

En étudiant les douleurs qu'on peut confondre avec les névralgies, j'ai vu des cas remarquables dans lesquels une simple contraction brusque, même sans être très violente, produisait, dans les muscles, une douleur vive et persistante. Tout le monde sait que, dans l'action de lancer une pierre, la contraction brusque des muscles du bras peut causer une douleur vers la partie moyenne du membre; mais, généralement, cette douleur est légère, à peine appréciable, à moins que le même mouvement n'ait été répété un grand nombre de fois, tandis que, chez quelques sujets, elle est parfois extrêmement vive, et telle que les mouvements du membre se trouvent ensuite très gênés. Dans un cas, j'ai vu un simple mouvement d'extension du bras pour ramasser un objet par terre, causer dans l'épaule une douleur qui força le bras à une immobilité presque absolue pendant plusieurs jours.

Chez quelques sujets aussi, l'action de descendre un grand nombre de marches peut produire le même effet. Une douleur très vive se fait sentir au milieu et à la partie antérieure de la cuisse, et elle est quelquefois tellement forte, qu'ils sont obligés de s'asseoir, et qu'ils ne peuvent ensuite continuer de descendre qu'en boitant. La même douleur est quelquefois produite par l'action de sauter, de monter rapidement, etc. J'ai pu observer un sujet âgé de plus de cinquante ans qui, fréquemment en marchant, sans faire aucun effort, était brusquement arrêté par une

douleur vive des muscles de la cuisse, douleur qui persistait le jour suivant, quoiqu'à un moindre degré, et gênait la marche.

Enfin, on sait que la douleur qui succède aux *crampes* un peu violentes peut persister avec une assez grande vivacité pendant un ou plusieurs jours.

Ces faits sont évidemment de la même nature que ceux qu'on a décrits sous le nom de *tour de reins*. Or, en pareil cas, les contractions sont quelquefois si faibles, qu'on ne peut croire à l'existence d'une rupture de fibres, et, par conséquent, ces faits viennent à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut.

Je n'entrerai pas dans de plus grands détails à ce sujet. Ce que je viens de dire prouve qu'il ne serait pas sans intérêt d'étudier mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les diverses douleurs musculaires. On arriverait, sans aucun doute, à des résultats importants.

Je me contenterai d'ajouter que le repos et les frictions avec l'alcool camphré suffisent pour faire disparaître ces douleurs. Il est bien rare, du moins, qu'on soit obligé d'avoir recours aux moyens indiqués plus haut.

ARTICLE IX.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Cette affection, contre laquelle la thérapeutique ne possède encore aucune ressource, et qui est par conséquent d'un intérêt secondaire pour le praticien, a été si peu étudiée, qu'il y a deux ans environ, en publiant la première observation qu'il ait pu recueillir, M. le docteur Aran pensa qu'elle n'avait encore fixé à aucun degré l'attention des médecins. Mais bientôt des recherches plus multipliées lui firent voir qu'il n'en était pas rigoureusement ainsi. On trouve, en effet, dans les auteurs, des cas évidents de cette affection et des réflexions qui prouvent que non seulement l'atrophie avait été remarquée, mais encore que ses caractères extraordinaires n'avaient pas passé inaperçus. M. Aran cite, à ce sujet, un passage de Van-Swieten (1) qui ne laisse aucun doute sur ce point.

Mais c'est surtout dans les ouvrages d'Abercrombie (2) et de Charles Bell (3) que M. Aran a trouvé des indications précises. On pourra voir dans son mémoire l'analyse des faits qu'il a rencontrés dans ces auteurs, ainsi que de ceux qu'ont rapportés MM. Graves (4), Darwall (5), Cruveilhier (6). M. Darwall, en particulier, a réuni plusieurs cas qui l'ont frappé et lui ont permis de tracer une description plus complète de la maladie. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Aran, l'auteur anglais n'ayant pas bien distingué cette atrophie musculaire de certaines paralysies rhumatismales ou hystériques, sa description a dû naturellement se ressentir de cette confusion, et il restait encore beaucoup à faire pour l'histoire de l'*atrophie musculaire progressive*. C'est la tâche que M. Aran (7) s'est imposée et qu'il a

(1) *Comment. in Boerhaavii aphorism.*, t. III, p. 170.
(2) *Maladies de l'encéphale*, trad. de M. Gendrin, p. 622.
(3) *Sur le système nerveux*, p. 160.
(4) *Clinical lectures on pract. med.*, t. I, p. 509.
(5) *Observ. d'une espèce part. de paral.* (*Lond. med. Gaz.*, t. VII, 1831).
(6) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. XVIII, p. 490, 546 et la discussion dans le sein de l'Académie, p. 592 et suiv.
(7) *Rech. sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*) (*Arch. gén. de méd.*, septembre et octobre 1850).

remplie à l'aide de onze observations détaillées qui ne laissent aucun doute sur l'existence de cette affection particulière, dont j'ai vu récemment un exemple à l'hôpital Sainte-Marguerite. Ajoutons, néanmoins, que M. le docteur Thouvenet (1) avait déjà fait l'histoire de cette affection dans un mémoire déposé à l'administration et qui lui a servi ensuite de thèse inaugurale. Il cite neuf observations dont les principales sont les mêmes qu'a recueillies M. Aran.

Cette affection, si récemment connue, n'a, au point de vue de la pratique, qu'une importance secondaire, attendu que tout porte à croire qu'elle est complétement incurable, et que, du moins, aucun traitement dirigé contre elle n'a eu, dans l'immense majorité des cas, le moindre succès. C'est pourquoi je me contenterai de la décrire sommairement d'après les recherches de M. Aran.

Définition. Comme son nom l'indique, cette affection consiste dans l'atrophie d'un plus ou moins grand nombre de muscles, et probablement, ainsi que le fait remarquer M. Aran, dans une transformation cellulo-graisseuse de la fibre musculaire. Elle est *partielle* ou *généralisée.*

Les *causes* en sont obscures. Sur onze cas, M. Aran a vu l'affection se montrer neuf fois chez des hommes et deux fois chez des femmes. Les hommes seuls ont présenté des cas d'atrophie étendue à la presque totalité des muscles de la vie de relation (atrophie musculaire généralisée). L'affection n'a encore été observée que *chez les adultes*, ainsi que l'a constaté M. Thouvenet. Le même auteur cite cinq cas dans lesquels les sujets étaient *rhumatisants:* Le docteur Romberg avait déjà fait la même remarque.

M. Aran a remarqué que, dans plus de la moitié des cas, les sujets avaient fait des *excès de travail ;* et, chose digne de remarque, que c'était particulièrement par les muscles qui avaient supporté les grandes fatigues occasionnées par ces excès de travail, que l'atrophie avait commencé. Cette circonstance mérite d'être notée ; mais, d'un autre côté, il y a un certain nombre de sujets chez lesquels la maladie s'est développée *sans cause appréciable.*

Je ne m'appesantirai pas sur la *nature de la maladie.* Je dirai seulement que, suivant Abercrombie et Charles Bell, il y aurait une affection locale des nerfs. M. Cruveilhier (2) ayant trouvé chez un sujet les racines antérieures des nerfs spinaux correspondant à l'atrophie, réduites elles-mêmes à un état atrophique marqué, a vu dans cette disposition la cause organique de la maladie.

Mais M. Aran fait remarquer que l'atrophie se montre dans certains muscles animés par un nerf, tandis que d'autres qui ont le même influx nerveux restent intacts, en sorte que cette explication ne paraît pas admissible pour le plus grand nombre des cas, du moins. Suivant M. Thouvenet, la lésion atteint les fibres nerveuses terminales une à une. Puis elle gagne les cordons nerveux. Cette explication est plausible, mais elle ne paraît guère susceptible de démonstration.

Symptômes. L'atrophie musculaire progressive commence presque toujours dans les membres supérieurs, et plus souvent dans le membre supérieur droit que dans le gauche. Ce n'est pas toujours par le même point de ces membres qu'elle débute. C'est tantôt par les muscles de l'épaule et de la partie supérieure du tronc ; tantôt

(1) *De la paralysie musculaire atrophique*, thèse. Paris, 1851.
(2) Voy. *Bull. de l'Académie*, t. XVIII, p. 490, 546. 1853.



par ceux des bras et des avant-bras ; tantôt et le plus souvent par les muscles de la main. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que l'atrophie est bien loin d'atteindre à la fois toute une masse musculaire. Il est fréquent, au contraire, de voir, à côté d'un muscle atrophié et presque réduit à rien, un muscle qui a conservé son volume normal. Bien plus, on voit parfois, dans les muscles larges, composés de faisceaux distincts et ayant des fonctions différentes, un de ces faisceaux très notablement atrophié, tandis que les autres ont conservé en tout ou en partie leur volume naturel. M. Aran a recherché quels sont les muscles qui s'atrophient le plus souvent et le plus complétement. Le lecteur trouvera dans son mémoire ces détails intéressants.

Le premier symptôme éprouvé par le malade est la *faiblesse du membre*. Cette faiblesse augmente progressivement, et est surtout marquée dans les efforts qui exigent la contraction des muscles atteints.

Presque en même temps, les sujets s'aperçoivent que le membre qui est le siége de la maladie perd de son volume dans une partie plus ou moins étendue. Ainsi, chez certains l'éminence thénar ou hypothénar diminue et finit par disparaître ; chez d'autres, c'est le deltoïde, etc., etc. De là, non seulement la gracilité du membre, mais encore un défaut de proportion très remarquable dans les parties.

Plus tard, l'atrophie gagne d'autres muscles où elle se comporte de la même manière, et c'est ainsi qu'on voit un membre entier, et même la plus grande étendue du corps, réduit à une émaciation toute particulière.

M. Thouvenet a cité un cas dans lequel le sujet ne pouvait remuer que la tête, et faiblement. La langue elle-même était atteinte, et la déglutition des liquides était difficile.

M. Aran a constaté qu'en même temps que les muscles atrophiés perdent de leur volume, ils cessent de présenter la résistance propre à la fibre musculaire, ce qui lui fait admettre qu'il y a transformation de cette fibre en tissu cellulo-fibreux. Il est à peine nécessaire de dire que lorsque la lésion est portée à ce degré, les mouvements des muscles affectés, qui jusque-là avaient été simplement affaiblis, sont entièrement abolis.

Pendant que l'atrophie fait des progrès, il se passe, dans les muscles atteints, des phénomènes très remarquables. Ce sont d'abord des *contractions fibrillaires* qui sont très variables quant à leur nombre et à leur continuité. Quelquefois, en effet, elles se reproduisent presque constamment, et d'autres fois il faut observer le malade pendant un certain temps pour en apercevoir quelques unes. Chez le sujet que j'ai observé et qui avait le bras et la cuisse gauche atrophiés, les contractions étaient continuelles dans la cuisse. Ces contractions consistent en des espèces de palpitations, d'ondulations, parcourant l'étendue des parties atteintes d'atrophie. Elles n'occasionnent aucune douleur, elles se produisent sans aucune espèce d'excitation, et augmentent seulement dans les positions fatigantes.

Les malades éprouvent aussi des *crampes*, qui ne diffèrent en rien, suivant M. Aran, de celles qu'on observe dans les autres maladies. Elles se montrent principalement au début. Il y a, en outre, des *soubresauts* des tendons, qui résultent des contractions involontaires des muscles affectés.

Tels sont les symptômes de cette singulière affection. Il est remarquable que pendant que ces phénomènes locaux si fâcheux se produisent, il n'y a *aucun sym-*

ptôme général, et que sous tous les autres rapports, sans exception, le sujet est à l'état normal.

Marche ; durée. La marche de la maladie est essentiellement envahissante. Il est rare qu'elle reste limitée à un membre ou à une de ses parties. Lorsqu'elle paraît ainsi limitée, il est bien à craindre qu'il n'y ait qu'un temps d'arrêt. M. Aran a remarqué que lorsque l'affection se montre aux membres inférieurs, elle a plus de tendance à se généraliser. Il en résulte que l'*atrophie partielle* ne doit être regardée que comme un *premier degré de la maladie.* La *durée* de cette affection est illimitée.

Diagnostic. L'atrophie se distingue des *paralysies* en ce que, dans celles-ci, *le mouvement volontaire est plus ou moins complétement aboli*, tandis que dans celle-là il n'y a, tant qu'il reste quelques fibres musculaires, qu'un *affaiblissement* plus ou moins grand de ce mouvement volontaire. En d'autres termes, le muscle dans les paralysies a la force d'exécuter les mouvements, mais il n'obéit pas ou obéit mal, tandis que dans l'atrophie il obéit bien, mais la force manque.

La galvanisation, telle que la pratique avec tant d'habileté M. Duchenne, de Boulogne, peut être d'un grand secours pour ce diagnostic. En effet, sous son influence, l'irritabilité musculaire se produit dans l'atrophie, comme dans les paralysies rhumatismales et hystériques, mais elle est plus faible, parce que les fibres musculaires sont devenues plus rares et plus faibles. Dans la paralysie saturnine et celle qui a pour cause la lésion d'un nerf, l'irritabilité musculaire est, au contraire, détruite.

Le *pronostic* est fâcheux, puisque cette atrophie réduit les membres à l'impuissance et constitue une infirmité incurable ; mais jusqu'à présent il a fallu une affection incidente pour enlever les malades, ce qui prouve que l'atrophie ne menace pas l'existence par elle-même.

Traitement. Je dois me borner à reproduire ici le passage suivant du mémoire de M. Aran ; on y verra qu'il n'y a pas grand'chose à attendre du traitement.

« J'ai peu de chose à dire à cet égard, et rien de bien satisfaisant, je l'avoue. J'ai vu, chez plusieurs des malades précédents, employer des traitements très divers, et en particulier les moyens locaux et généraux employés dans le traitement de la paralysie ; je n'ai jamais vu rétrograder l'affection, heureux quand on est parvenu à la rendre stationnaire. A cet égard, le *galvanisme seul*, employé exclusivement sur les muscles affectés, c'est-à-dire par la *méthode localisée* (Duchenne), m'a paru avoir quelque efficacité en donnant de la force aux malades, en diminuant les crampes, les soubresauts des tendons et les contractions fibrillaires ; mais il n'a pas procuré la guérison, et lorsque les malades sont sortis de l'hôpital, se croyant mieux, et ont repris leurs travaux, ils sont rentrés quelques mois après dans un état plus grave, avec une atrophie plus considérable des muscles affectés, et plus étendue qu'elle ne l'était à leur sortie. » Deux faits rapportés par M. Thouvenet (obs. 4 et 6) tendent, néanmoins, à faire regarder l'affection comme susceptible de guérison dans un petit nombre de cas. Les malades avaient été traités par l'*électricité*.

ARTICLE X.

RACHITISME.

Je n'ai pas l'intention de m'étendre très longuement sur cette maladie qui a été l'objet d'études toutes spéciales. Je veux seulement la faire connaître dans ses points les plus importants, renvoyant pour plus de détails aux travaux particuliers publiés dans ces dernières années.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *rachitisme* à une altération particulière des os propre à l'enfance, d'où résultent des changements dans le volume de ces parties, des déviations, un arrêt de l'ossification, qui, joints à une altération de l'économie tout entière, constituent l'ensemble de la maladie.

Cette affection a reçu également les noms de *rakitis*, *rachitis*, *englische Krankheit* (All.). Elle peut être rangée parmi les maladies chroniques assez fréquentes qui atteignent la seconde enfance.

§ II. — Causes.

M. Rufz (1) a étudié avec grand soin l'étiologie du rachitisme. Je dois lui faire de nombreux emprunts.

Il est bien rare que cette affection se manifeste avant l'*âge* de six mois ou un an. Cependant on connaît quelques exemples d'enfants rachitiques à leur naissance. Guersant (2) les a rassemblés. A six mois, et même à un an, les faits de rachitisme sont encore assez rares, et c'est dans le courant de la deuxième année que se manifestent principalement les premiers symptômes. Bien rarement l'affection commence au delà de trois ou quatre ans, puisque M. Rufz n'en a vu presque aucun exemple, quoiqu'il ait examiné sous ce rapport de deux à trois mille enfants.

Il résulte des recherches de M. Rufz que les idées qu'on s'était faites généralement sur l'influence de la *constitution* ne sont pas très exactes, et que les attributs du *tempérament* lymphatique, tels qu'ils sont exposés par les auteurs, ne sont pas ceux qui se rencontrent le plus souvent chez les rachitiques.

La mauvaise alimentation, le défaut de soins hygiéniques, l'habitation dans des lieux froids et humides, la misère : *toutes les causes qui peuvent débiliter la constitution*, sont rangées parmi les causes prédisposantes du rachitisme. « Sur cent enfants rachitiques quatre-vingt-dix-huit, dit M. Trousseau (3), n'ont point été allaités ou ont été prématurément sevrés. » M. J. Guérin, dans des travaux que j'aurai à citer plus loin, a démontré par les faits que le *régime trop exclusivement animal* est chez les enfants une des causes principales du rachitisme, et il en est résulté pour lui une conséquence toute naturelle relativement au traitement. Je l'indiquerai plus loin.

« Des faits précédents, dit M. Rufz, nous pouvons conclure que rien ne peut nous porter à penser que le rachitisme résulte d'une grossesse pénible, d'un accouchement prématuré, d'une fécondité épuisée à cause du nombre des enfants, de l'influence de vieux parents, d'un vice héréditaire de famille ou de quelque

(1) *Rech. sur le rachitisme chez les enfants* (*Gaz. méd.*, février 1834).
(2) *Dict. de méd.*, art. RACHITISME, t. XXVII.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 mai 1852.



transformation du vice scrofuleux, toutes causes assignées au rachitisme. »

Le même auteur démontre que l'influence d'un mauvais vaccin ne saurait être regardée comme une cause réelle de la maladie.

Telles sont les données que nous avons sur l'étiologie du rachitisme. Sur plusieurs points, de nouvelles recherches sont nécessaires. Parmi toutes ces causes, la *mauvaise alimentation* paraît être la plus importante; c'est ce qui résulte encore des expériences intéressantes faites par M. J. Guérin, sur des chiens qu'il a réussi à rendre rachitiques en leur donnant une nourriture qui ne leur convenait pas.

§ III. — Symptômes.

Il est une période de la maladie sur laquelle M. J. Guérin a particulièrement insisté (1) : c'est la *période d'incubation* dont nous devons d'abord nous occuper.

Incubation du rachitisme. Cette période manque très rarement, c'est à peine si l'on peut citer trois ou quatre cas où il en soit ainsi. Très fréquemment elle succède à une maladie grave et de longue durée. En pareil cas, les enfants qui paraissaient entrer en convalescence ne se remettent pas complétement; ils restent tristes, abattus; leur embonpoint ne revient pas; ils sont faibles, suent au moindre exercice; ils présentent, en un mot, tous les signes de la langeur générale. Chez un certain nombre de sujets, ces phénomènes, qui caractérisent la période d'incubation, se manifestent sans avoir été précédés d'une maladie plus ou moins grave, et c'est surtout alors qu'il faut rechercher si l'alimentation est insuffisante ou mauvaise.

« M. Trousseau (2) attache une grande importance à l'arrêt de l'*évolution dentaire* comme manifestation du rachitisme; pour lui un enfant d'un an qui souffre des dents, et chez qui elles n'apparaissent pas, est sous le coup de la maladie. »

Période de déformation. Cette période est celle qui a attiré spécialement l'attention, parce qu'alors les signes deviennent évidents.

Le rachitisme se manifeste d'abord par la *tuméfaction des articulations.* Les épiphyses des os longs, et principalement des poignets, des genoux et de chaque cou-de-pied se gonflent et forment des espèces de nœuds, ce qui fait dire dans le vulgaire que les enfants *se nouent.*

Puis viennent des *déformations* qu'il serait trop long de décrire en détail, et qu'on peut indiquer d'une manière générale. Les os longs se courbent, se tordent, se dévient de leur direction naturelle. Ce n'est pas toujours, à beaucoup près, l'exagération de la courbure normale; très fréquemment, au contraire, il y a courbure en sens opposé.

Les côtes se redressent; le sternum est porté en avant et fait saillie comme celui des oiseaux; parfois il offre des dépressions, ainsi que les os du bassin qui sont déviés dans des sens très divers; il en est de même de la colonne vertébrale, dont les déviations ont été l'objet d'études toutes spéciales (3), et qui, par conséquent, ne doivent pas nous occuper davantage. Il me suffit de dire que par suite de ces

(1) *Mém. sur les caractères généraux du rachitisme*, lu à l'Acad. de méd. le 17 juillet 1837 (*Gaz. méd.*, 1839).

(2) Voy. Beylard, *Du rachitis, de la fragilité des os et de l'ostéomalacie.* Paris, 1852, in-4° avec 8 pl.

(3) Guérin, *Recherches.* — Bouvier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IV, p. 59.

déformations, les parois des cavités splanchniques peuvent avoir subi des modifications qui gênent les fonctions des organes internes, et que les membres peuvent être déviés au point de gêner beaucoup les mouvements.

Il faut faire une exception en faveur de l'encéphale, car M. Rufz a remarqué que jamais les rachitiques n'ont présenté quelque symptôme qui puisse être rapporté à une altération de l'organe encéphalique. Cependant le crâne, chez les rachitiques, est volumineux, et les os de la face eux-mêmes acquièrent parfois un excès de volume.

Les symptômes du côté de la *poitrine* sont au contraire souvent remarquables, et ils le sont d'autant plus que les déviations de la colonne vertébrale et des côtes sont plus considérables. M. Rufz décrit ainsi ces symptômes :

« La gêne de la respiration est extrême. La respiration, même dans l'état normal, se fait en grande partie au moyen du diaphragme.

» Cette gêne de la respiration imprime au facies des petits malades un caractère particulier; ils ont les yeux largement ouverts, les narines fréquemment dilatées, la bouche demi-béante, et le teint pâle avec une nuance violacée.

» La toux de ces petits malades est empêchée; elle a lieu par une ou deux secousses très faibles; ils ne crachent pas comme tous les enfants.

» La percussion et l'auscultation appliquées à l'étude de leurs maladies ne nous ont offert aucun résultat particulier. »

Le même auteur, poursuivant l'examen des autres fonctions, s'exprime comme il suit :

« Le seul symptôme des affections abdominales qu'il a été facile de bien apprécier a été la *diarrhée*. Cette diarrhée n'a jamais paru très abondante, et n'a offert aucun caractère particulier.

» Le développement naturel de l'abdomen s'oppose à une appréciation exacte du météorisme et de la sensibilité de cette partie.

» Les rachitiques ne vomissent pas plus souvent que les autres enfants : ils n'offrent ni dans leur appétit ni dans leur soif rien de particulier ; mais la plupart ont le *pouls* peut-être plus fréquent que chez les enfants ordinaires, et ils présentent surtout une disposition à la *sueur* d'autant plus remarquable, que cette sécrétion est très rare dans les maladies des jeunes enfants. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit qu'il existe une *période d'incubation*, suivie d'une *période de déformation*. Celle-ci, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Guérin, peut avoir une marche *aiguë* ou une marche *chronique*, et l'on voit même souvent cette dernière marche succéder à l'état aigu.

La *durée* n'a rien de fixe ; en général, elle est de plusieurs mois, et quelquefois elle est fort longue.

La *terminaison* par la mort n'est pas la plus fréquente. Lorsqu'elle a lieu, les os se ramollissent toujours, la déformation augmente sans cesse. Les enfants s'affaiblissent de plus en plus ; ils pâlissent; leurs chairs deviennent molles et flasques ; ils maigrissent beaucoup. Ils présentent souvent un œdème plus ou moins étendu, puis survient une affection abdominale ou pectorale à laquelle ils succombent. Dans les cas, au contraire, où s'opère la guérison, la constitution se raffermit, l'appétit

revient, la gaieté renaît, et bientôt les enfants présentent une très bonne santé, en conservant toutefois les déviations qui se sont opérées dans les os. Ceux-ci, comme l'anatomie pathologique l'a démontré, acquièrent une consistance plus grande qu'à l'état normal. Aussi M. Guérin a-t-il fait de cette terminaison une période particulière sous le nom de *période d'éburnation*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec le plus grand soin par MM. Rufz, J. Guérin et Beylard (1). Je dois me borner à en donner une description succincte, et je l'emprunte au mémoire de M. J. Guérin. Elle se trouve dans les conclusions suivantes :

« 1° La texture des os rachitiques, dit M. Guérin, offre des caractères tout à fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation du rachitisme*, pendant sa *période de déformation*, pendant sa *période de résolution*, différents au *commencement et à la fin* de chacune de ces périodes, différents enfin suivant les *degrés et l'ancienneté de l'affection*.

« 2° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résultent le dédoublement des parties composantes du tissu et le gonflement, le boursouflement des différentes portions du squelette.

» 3° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser ; elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière, de nouvelle formation, est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces dernières.

» 4° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation, dans les os longs et dans quelques os plats et courts, passe à l'état de tissu compacte, et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très grande épaisseur et surtout une très grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

» 5° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique*, et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux ont été tels que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

(1) *Loc. cit.*

» 6° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complétement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celle de l'état normal. Dans cet état, que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau. »

Les auteurs ont, en outre, constaté que le rachitisme occasionne un arrêt de développement des os.

Je ne saurais mieux faire, pour compléter ces considérations sur les lésions que présentent les rachitiques, et indiquer les données que nous possédons sur les conditions organiques du développement de cette maladie, que de citer les conclusions suivantes d'une thèse importante publiée récemment sur ce sujet (1).

« 1° L'ostéoporose rachitique et la réduction à un état cartilaginiforme peuvent exister l'une à côté de l'autre à des degrés différents, de manière que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui prédomine. Dans le rachitisme général, le second de ces états existe quelquefois sur certains os, presque sans trace d'ostéoporose (Rokitansky).

» 2° La perte des matières calcaires est très évidente dans les corpuscules osseux et dans leurs rayons. A la suite de ces pertes, la structure lamellaire des os est effacée çà et là, tandis qu'à d'autres endroits, les lamelles paraissent comme séparées (Rokitansky).

» 3° L'agent dissolvant des sels calcaires dans le rachitisme est l'acide lactique (Lehmann).

» 4° L'urine des rachitiques peut contenir jusqu'au quadruple et au sextuple des sels calcaires contenus à l'état normal (Marchand). Elle contient aussi une quantité bien marquée d'acide lactique libre (Lehmann).

» 5° Les os rachitiques ne fournissent, par l'ébullition, ni de la gélatine, ni de la chondrine proprement dite (Marchand).

» 6° Lors de la réossification, les corpuscules osseux sont trouvés plus ou moins vides, plus petits, moins nombreux, et entourés, du moins en grande quantité, de canalicules rayonnés (Rokitansky).

» 7° Il existe une affection rachitique qui attaque tout particulièrement le crâne, et est suivie assez fréquemment de mort ; elle éclate ordinairement avant le septième mois de la vie extra-utérine, et surtout dans le courant des trois premiers mois (Elsœsser).

» 8° A un âge qui peut être bien éloigné des premières années de la vie, il s'établit parfois une ostéoporose toute semblable à celle du rachitisme des enfants, et qui, d'ordinaire, attaque plus spécialement, même exclusivement, le crâne ; elle atteint communément un degré très considérable, et elle est suivie d'une sclérose très prononcée (Rokitansky).

» 9° L'ostéoporose rachitique se reproduit quelquefois, à un âge avancé, chez des sujets qui en avaient été atteints dans leur jeunesse (Rokitansky).

» 10° La côte rachitique se gonfle, à son union avec le cartilage, s'imprègne de sang plus abondamment que dans l'état normal, passe à l'état de spongiole, et perd la plus grande partie ou la totalité de ses sels calcaires ; puis il s'y dépose un tissu nacré, qui occupe d'abord les aréoles. Les aréoles, réduites à un tissu fibreux,

(1) Docteur Muhl, *Dissert. sur le rachitisme*, thèses. Strasbourg, 1847.

disparaissent peu à peu, laissent des lignes grises dans le tissu nacré ; puis ces lignes elles-mêmes disparaissent insensiblement ; le tissu nacré reste seul, et finit par se convertir en cartilage, substance avec laquelle il a une si grande analogie (Rilliet et Barthez).

» 11° La marche rigoureusement ascendante du rachitisme ne peut pas être admise.

» 12° On ne peut pas dire non plus que les déformations se montrent toujours proportionnellement moins considérables, à mesure que du bas on remonte vers le haut.

» 13° Les bassins triangulaires peuvent aussi exister à la suite du rachitisme.

» 14° Le cerveau, d'après Rokitansky, est réellement hypertrophié dans les cas rachitiques.

» 15° Selon Engel, plus particulièrement, l'hydrocéphale n'existe, le plus souvent, que lorsque la poitrine est déformée en carène.

» 16° Lors de cette déformation thoracique, on trouve assez souvent un état hypertrophique des amygdales (Dupuytren, Waren, etc.).

» 17° Chez les enfants rachitiques, il existe bien moins souvent de la pneumonie qu'un état dit fœtal, accompagné très fréquemment de congestion. Souvent aussi on trouve, avec ou sans cet état fœtal, une pneumonie dite catarrhale, ayant son siége bien plus sur la muqueuse des bronchioles et des vésicules que dans l'intimité du parenchyme pulmonaire lui-même ; de sorte que, par exemple, les interstices celluleux des lobules sont respectés (Legendre et Bailly).

» 18° L'immunité contre la tuberculisation, dans le rachitisme, dépend plus particulièrement d'un état plus ou moins cyanotique du sang (Rokitansky).

» 19° Jusqu'ici, nous ne pensons pas qu'il existe un motif bien fondé pour faire du rachitisme un genre particulier, bien séparé des affections dites scrofuleuses.

» 20° Il n'est pas démontré que les états qui ont porté jusqu'ici le nom de rachitisme fœtal soient réellement des manifestations du rachitisme proprement dit (Guersant et Rokitansky).

» 21° Très probablement le régime animalisé ne doit pas être proscrit au même degré que le demandaient MM. Guérin et Trousseau.

» 22° En présence des déviations osseuses rachitiques des membres, qui ne peuvent être abandonnées à des efforts rectificateurs de la nature, il faut préférer le bandage amidonné aux appareils orthopédiques plus compliqués (Blandin). »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

M. J. Guérin (1) a étudié avec un soin particulier le diagnostic de cette affection. Il la distingue des difformités de l'épine, de l'affection tuberculeuse des os, et de différentes espèces d'ostéomalacie avec lesquelles on l'a longtemps confondue. Le diagnostic différentiel entre les *déviations latérales de l'épine* et le rachitisme est trop important pour que nous n'en empruntions pas les détails à l'auteur que nous venons de citer.

« Les *déviations latérales de l'épine*, dit M. Guérin, ne seront plus attribuées exclusivement au rachitisme, parce que le plus grand nombre de ces difformités sont le résultat d'autres causes bien établies, et parce que la véritable déviation rachitique, assez rare d'ailleurs, surtout dans la classe aisée, est accompagnée de circonstances et de caractères qui la font aisément reconnaître. Il suffit de se rappeler


(1) *Loc. cit.*, p. 481.

que toute difformité rachitique de l'épine a nécessairement été précédée des symptômes généraux du rachitisme, et en particulier des déformations des membres inférieurs. En conséquence, toutes les difformités de l'épine manquant de cet accompagnement, du moins dans l'immense majorité des cas, ne sont point de nature rachitique et ne peuvent être confondues avec le rachitisme.

» Ajoutons que le tissu osseux des colonnes atteintes de déviations latérales sans les caractères extérieurs et de connexion que je viens de rappeler ne présente jamais les modifications de texture si caractéristiques du rachitisme. Les vertèbres n'offrent d'autres altérations que celles qui résultent de leurs changements de rapport, des efforts mécaniques anomaux auxquels elles sont soumises, en y comprenant l'influence du degré et de la durée d'action de ces influences, et celle plus générale de la déformation de l'épine sur tout l'organisme, et l'effet de cette réaction sur l'ensemble du tissu osseux. »

Quant à l'*affection tuberculeuse des os*, qu'on a assez souvent l'occasion d'observer dans la colonne vertébrale, elle se distingue du rachitisme en ce qu'elle atteint les sujets à un âge plus avancé ; qu'elle ne s'accompagne pas du ramollissement des autres os, qu'elle donne fréquemment lieu à des douleurs dans le point affecté. Il faut joindre à cela les considérations suivantes présentées par M. Guérin :

« Les os atteints de l'affection tuberculeuse sont, dit cet auteur, presque toujours les os spongieux ou les extrémités des os longs. L'affection ne s'annonce jamais avec un caractère de généralité comme le rachitisme : elle se montre au contraire sur certains points circonscrits du squelette, et les parties qu'elle affecte, comme les vertèbres et les épiphyses des os longs, n'offrent jamais la succession des phases si distinctes des altérations rachitiques ; finalement les tubercules, qu'on regarde à bon droit comme des corps parasites, envahissent successivement les différentes portions de l'os où ils se développent, en les détruisant plutôt mécaniquement que chimiquement, et laissant souvent aux portions conservées de ce tissu, mais avoisinant les points altérés, toute leur dureté, toutes leurs dispositions de texture primitive. »

Quant à l'*ostéomalacie*, je n'en parlerai pas ici ; quelques lignes que je consacrerai à cette affection, dans l'article suivant, feront assez connaître ses signes différentiels.

Pronostic. Si l'on considère le rachitisme au point de vue de l'existence du sujet, on peut dire que cette affection n'est généralement pas grave ; mais plusieurs raisons doivent néanmoins la faire ranger parmi les maladies les plus fâcheuses. C'est d'abord la déviation des os, d'où résulte une déformation souvent incurable ; et en second lieu le rétrécissement des cavités splanchniques, d'où résulte une gêne des fonctions bien connue de tout le monde, gêne qui abrége souvent l'existence et qui occasionne parfois des accidents graves (dans la parturition en particulier).

§ VII. — Traitement.

Je ne m'occuperai pas, dans l'exposé du traitement, des moyens chirurgicaux employés pour remédier à la déviation des os, et qui constituent l'*orthopédie ;* c'est dans les traités spéciaux qu'il faut les chercher. Je me contenterai de passer en revue les divers moyens destinés à raffermir la constitution et à arrêter le ramollissement du tissu osseux.

Toniques ; ferrugineux. En première ligne, nous devons placer les médicaments

toniques, et en particulier les ferrugineux. Je ne m'occuperai ici que de ces derniers, l'administration des toniques proprement dits étant familière à tout le monde. Gœlis (1) recommande beaucoup le *fer*, qu'il administre comme il suit.

℞ Limaille de fer..........	2 gram.	Sucre blanc...............	12 gram.

Dose : une pincée matin et soir.

L'union du fer et de la *rhubarbe* est regardée par quelques auteurs allemands comme un remède d'une très grande efficacité. Strack (2), et après lui les docteurs Richter, Sachs, etc., ont beaucoup insisté sur l'utilité de ce mélange. Voici la formule du docteur Richter, dans laquelle entrent quelques unes des substances que nous indiquerons plus loin :

℞ Limaille de fer.........	8 gram.	Poudre de cannelle......	1,25 gram.
Poudre de gentiane.....	2,50 gram.	Extrait d'absinthe.......	Q. s.
de rhubarbe.....	1,25 gram.		

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de trois à quatre par jour.

On éprouve souvent de la difficulté à faire prendre les pilules aux enfants. Le simple mélange suivant, proposé par le docteur Sachs (3), est préférable sous ce rapport :

℞ Fer pulvérisé.......	àà 0,25 gram.	Sucre blanc............	0,50 gram.
Rhubarbe.........			

Divisez en huit paquets. Dose : d'abord un par jour, puis deux et plus graduellement.

Je n'indique pas les autres préparations ferrugineuses qu'on peut donner aux enfants, elles sont trop connues.

Le docteur Most (4) a avancé que la *rhubarbe* seule, donnée avec persévérance, peut procurer la guérison du rachitisme ; mais cette proposition a besoin d'être appuyée sur les faits.

Alcalins. On n'emploie guère aujourd'hui les médicaments alcalins contre le rachitisme. Cependant on cite (5) plusieurs auteurs, et entre autres Pujol (6) et Nicolas, qui attribuaient une grande efficacité à ces médicaments. Mais on voit bientôt que leur confiance dans ces moyens venait des idées théoriques qu'ils se faisaient de la maladie, et que les faits à l'appui sont encore à désirer. L'*eau de Vichy*, le *bicarbonate de soude*, l'*eau de chaux*, etc., forment la base de ce traitement. Nicolas recommandait particulièrement le *phosphate d'ammoniaque*, qu'il administrait aussi contre les scrofules.

Bains. Les *bains d'eau salée*, les *bains de mer*, sont aussi conseillés aux rachitiques. Ces bains sont ordinairement donnés à une température peu élevée, et c'est peut-être autant à leur tonicité comme bains froids qu'à leur action comme bains médicamenteux, qu'on doit attribuer les effets avantageux qu'ils produisent chez un certain nombre de rachitiques.

D'autres bains médicamenteux jouissent aussi d'une grande réputation ; je veux parler des *bains sulfureux* et des *bains iodés*. C'est principalement parce qu'on a

(1) *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1835.
(2) Voy. *Dict. des sciences méd.*
(3) *Handwœrterbuch*, etc.
(4) *Encyklopœdia*, t. II.
(5) *Dict. des sciences méd.*
(6) *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1823.

regardé le rachitisme comme une affection de la même nature que les scrofules, que ces moyens ont été prescrits. Quelle est leur efficacité réelle? Personne ne pourrait le dire, car les recherches manquent sur ce point. Quant à l'administration de ces bains, elle se fait comme chez les enfants scrofuleux.

Les *bains*, les *douches aromatiques* sont fréquemment conseillés, mais on doit les regarder comme des moyens adjuvants. Suivant M. Rapou, les *bains de vapeur* seraient avantageux. Il est permis de révoquer en doute l'exactitude de cette assertion, jusqu'à ce que des faits très concluants soient venus la démontrer.

L'*iode* à l'intérieur a dû nécessairement être administré dans une affection qu'on a, ainsi que je l'ai fait déjà remarquer, rapprochée des scrofules. Déjà Erdmann (1) avait recommandé l'*éponge brûlée ;* aujourd'hui on administre l'iode aux rachitiques comme aux scrofuleux (2).

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'*huile de foie de morue*, très répandu en Allemagne. Le docteur Fehr, qui la regarde comme très efficace, la prescrit ainsi qu'il suit :

℞ Huile de foie de morue.......	30 gram.	Huile de calamus aromaticus...	3 gouttes.
Solut. aqueuse de carb. de pot.	4 gram.	Sirop d'écorce d'orange.......	30 gram.

Mêlez. Dose : d'une à deux cuillerées à bouche le matin, à midi et le soir.

Le docteur Rœsch (3) donne une formule un peu différente :

℞ Huile de foie de morue..	ââ 30 gram.	Eau d'anis............	30 gram.
Sirop d'orange.........		Huile de calamus aromat.	3 gouttes.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche le matin, à midi et le soir.

Comme on le voit, cette dernière dose est plus considérable. Quant au mode d'administration, ce qu'il importe surtout, c'est de masquer le goût très désagréable du médicament. Je ne rechercherai pas ici quelle est l'efficacité réelle de ce moyen ; je renvoie, à ce sujet, à l'article *Scrofules*, les réflexions que j'ai présentées dans cet article pouvant parfaitement s'appliquer ici.

Tels sont les principaux médicaments vantés contre le rachitisme ; je me contenterai d'en signaler quelques autres qui ont été recommandés comme ayant des vertus particulières, sans que nous connaissions les faits qui prouvent l'exactitude de cette assertion.

Je ne crois pas que l'observation du docteur Neumann (4) soit très concluante en faveur de l'*assa fœtida ;* il l'associe en effet au carbonate de fer et à la rhubarbe qui, comme on sait, ont été préconisés de leur côté, en sorte qu'on ne peut pas savoir quelle est la valeur propre de l'assa fœtida. Voici la formule du docteur K. G. Neumann :

℞ Assa fœtida...........	ââ 12 gram.	Racine de gingembre.......	6 gram.
Carbonate de fer.......		Extrait de pissenlit.........	Q. s.
Rhubarbe en poudre.....	6 gram.		

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de quatre à cinq, trois fois par jour.

Le docteur Melchior Imbibo (5) a fait prendre l'assa fœtida à la mère, pour un

(1) *Aufs. und Beob. aus allen Theilen der Arzneiwissenschaft und der Naturkunde*, etc. Dresde, 1802, in-8°.
(2) Voy. *Scrofules*, traitement.
(3) *Med. corresp. Blatt.*, n° 39.
(4) *Chron. Krankheiten*, p. 83.
(5) *Gaz. méd. de Paris*, 1834.

rachitisme chez un enfant à la mamelle. Ce médecin ne cite qu'un fait isolé. Le docteur Freiler associe l'*assa fœtida* au *vert-de-gris* ainsi qu'il suit :

℞ Assa fœtida............ 10 gram.	Sous-acétate de cuivre.... 1,30 gram.

Mêlez. Faites cent soixante pilules. Dose, de deux à trois par jour.

Il faudrait de nombreuses observations détaillées pour mettre hors de doute l'efficacité et l'innocuité de ce médicament.

La *garance* a joui d'une grande réputation. Levret lui attribue une grande efficacité (1) ; il recommande l'infusion suivante :

℞ Garance................. 4 gram.	Eau.................... 500 gram.

Faites infuser. Ajoutez.

Sel végétal................ 2 gram.	Bon vin blanc. .... 1/8 de l'infusion.
Miel blanc................ 13 gram.	

Cette quantité doit être prise en deux jours.

Je n'insiste pas sur ce médicament, dont les expériences faites sur le développement des os ont pu donner l'idée, et qui a besoin d'être de nouveau expérimenté.

Je citerai encore l'*extrait d'osmonde royale*, donné par le docteur Aubert à la dose de 12 grammes tous les matins, pendant deux mois et plus ; l'*acide phosphorique*, vanté par Lentin et Hufeland ; le *café de glands* (Schæffer) ; les *bains d'air comprimé*, que recommande M. Pravaz, et le *charbon animal* (Schindler) pour l'administration duquel le docteur Radius (2) donne la formule suivante :

℞ Charbon animal........ 25 gram.	Réglisse.................. 25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café, deux ou trois fois par jour.

Soins hygiéniques ; régime. Mais ce qui prouve combien peu on doit avoir confiance dans la plupart des médicaments qui viennent d'être passés en revue, c'est l'unanimité des auteurs pour recommander avec insistance les soins hygiéniques, que la plupart regardent comme les seuls moyens réellement efficaces.

L'air de la campagne ; l'exercice au grand air et au soleil, lorsque les os ont assez de force ; l'habitation dans un lieu sec et bien aéré ; la station couchée, si les os sont trop mous, afin d'éviter les déviations ; l'exercice passif en pareil cas, sont des moyens de la plus grande importance. On favorise leur action par les frictions sèches sur tout le corps.

Le *régime* généralement recommandé se compose d'une nourriture principalement animale, d'un peu de vin généreux et pur, en un mot de tout ce qui peut fortifier l'économie sans produire une trop forte excitation. Toutefois il faut se garder de trop insister sur l'alimentation animale ; les recherches importantes de M. Guérin ont en effet prouvé, comme nous l'avons vu plus haut, qu'une nourriture trop exclusivement animale est une cause de rachitisme chez les enfants très jeunes, et, en pareil cas, ce qu'il faut bien se garder d'oublier, c'est, au contraire, une *nourriture végétale* qui convient aux malades et qui rend aux os leur solidité normale.

Enfin, lorsque les os ont repris une consistance suffisante, les exercices gymnastiques bien dirigés contribuent à affermir le système osseux. Restent les *moyens orthopédiques*, dont, je le répète, je n'ai pas à m'occuper ici.

(1) *Dict. des sciences méd.*, t. XLVI, p. 620.
(2) *Auserles. Heiff.*, 1836.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Toniques, ferrugineux ; alcalins ; bains de mer, sulfureux, iodés, aromatiques ; douches ; iode ; huile de foie de morue ; assa fœtida ; garance ; osmonde royale ; charbon animal, etc. ; soins hygiéniques ; régime.

ARTICLE XI.

OSTÉOMALACIE.

Je ne saurais entrer dans de grands détails sur cette affection, qui est ordinairement secondaire et toujours incurable, suivant tous les médecins qui s'en sont occupés. M. J. Guérin, ayant fort bien résumé les caractères de cette affection dans un passage de son mémoire, je me bornerai presque uniquement à reproduire cet extrait. Le lecteur pourra aussi consulter un travail fort intéressant de M. Stanski (1) sur ce sujet, ainsi que l'excellente thèse de M. J. Beylard (2).

L'*ostéomalacie* est le ramollissement des os chez l'adulte. M. Stanski l'a cependant observé chez le nouveau-né ; mais c'est là un fait exceptionnel. On l'a aussi décrite sous le nom d'*ostéomalaxie*.

M. Beylard (3) pense que l'*hérédité* est une cause prédisposante de l'ostéomalacie aussi bien que du rachitisme, que ce médecin, du reste, considère comme une maladie de même nature.

Elle survient chez des sujets profondément débilités par la misère, les privations de toute espèce, et surtout par une affection chronique grave.

Voici la description succincte qu'en donne M. Guérin :

« Le ramollissement des os chez les adultes, pour lequel je réserve la dénomination d'*ostéomalacie*, est le résultat de *causes spécifiques*, comme du *scorbut*, de la *syphilis*, du *rhumatisme*, ou de quelque vice particulier, comme le *vice cancéreux :* tous les sujets qui l'ont offert avaient présenté, avant le début du ramollissement, les symptômes généraux de ces altérations.

» Le ramollissement s'était annoncé par des *douleurs vives et profondes* dans les os. La *marche* de la maladie est lente ; elle *dure* un grand nombre d'années, quelquefois jusqu'à vingt ans ; elle ne s'annonce pas simultanément dans toutes les parties du squelette, ni de bas en haut, mais elle ne l'attaque que par fractions, si bien que quand on ouvre un sujet qui l'a présentée à un degré encore peu avancé, on trouve des os isolément affectés, et même des portions d'os tout à fait ramollies à côté d'autres portions du même os conservant leur résistance et leur texture normales. Je possède plusieurs exemples de ce ramollissement partiel observé sur des sujets morts à la suite de cancers de l'estomac, du sein et de l'utérus....

» Si l'on examine de près la nature de l'altération du tissu, on acquiert par cette seule inspection la conviction que l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux affections essentiellement différentes. Dans l'une, le tissu osseux est véritablement ramolli, comme carnifié par places, et ne conserve plus rien de la consistance ni de la texture de l'os sain : c'est comme si l'on avait versé sur le siége du ramollisse-

(1) *Recherches sur les maladies des os désignées sous le nom d'ostéomalacie.* Paris, 1851.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

ment une liqueur très énergique qui eût eu la propriété de faire disparaître immédiatement toute trace de sels calcaires, pour ne laisser plus qu'une trame fibro-cartilagineuse ou même charnue, présentant çà et là de larges aréoles semblables aux sinus veineux du foie ; cette trame est tantôt jaune rosé, tantôt rougeâtre, lie-de-vin, toujours élastique, se coupant très facilement au couteau, mais quelquefois comme incrustée dans d'autres portions de tissu sain. Cette circonscription de la maladie est loin d'être constante ; à une époque très avancée, il arrive souvent que tout le squelette a participé au ramollissement, et il ne reste plus, ainsi qu'on l'a vu dans quelques observations rapportées par les auteurs, aucune apparence de l'organisation primitive des os.

» Le mode de *terminaison* de l'ostéomalacie, qui est toujours fâcheux, ajoute aux traits de dissemblance qu'il y a entre elle et le véritable rachitisme. » Il résulte de ce ramollissement des distorsions des os, des déviations des membres, telles que les individus deviennent informes. M. Stanski en a cité et fait dessiner des exemples extrêmement remarquables.

Il résulte de ce qui précède que le traitement n'est guère que palliatif. Donner les *calmants* pour apaiser les douleurs, les toniques pour soutenir les forces, et s'opposer, s'il est possible, au progrès du ramollissement des os, telles sont les principales indications.

Néanmoins MM. Trousseau et Lassègue (1), qui sont arrivés à des conclusions semblables à celles de M. Guérin sur la nature de l'ostéomalacie et sur la différence qui existe entre elle et le rachitisme, ont cité des faits pour démontrer que l'*huile de foie de morue*, employée à doses élevées et avec persévérance, peut procurer la guérison de cette maladie. En conséquence, on donnera ce médicament à la dose d'une cuillerée à bouche d'abord, puis de deux, de trois, de quatre, et plus encore s'il est supporté. Pendant l'été, MM. Trousseau et Lassègue font prendre des *bains de rivière*, et pendant l'hiver des *bains sulfureux*.

LIVRE HUITIÈME.

Maladies des organes des sens.

Ce livre sera consacré presque tout entier aux *maladies de la peau*. Je ne crois pas, en effet, devoir m'occuper des *maladies des yeux*, qu'on doit regarder comme essentiellement chirurgicales, et dont je ne pourrais donner qu'une idée très imparfaite (2). Quant aux maladies des organes du goût et de l'odorat, elles ne présentent rien d'important pour le praticien, au point de vue de leurs fonctions spéciales. Les *affections de l'oreille* seules ont, après celles de la peau, quelque intérêt pour nous ; toutefois il me suffira de dire quelques mots de l'otite aiguë et

(1) *Du rachitisme et de l'ostéomalacie comparée* (*Union méd.*, juin, juillet et août 1850).

(2) Voy. Desmarres, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. Paris, 1847. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*. Paris, 1851, t. III. — J. Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, ou *Description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue*. Paris, 1853.

de l'otite chronique, qui appartiennent plus particulièrement à la chirurgie, mais que, dans beaucoup de circonstances, tout praticien peut être appelé à traiter. Restent donc, comme je le disais plus haut, les affections de la peau, dont l'importance est bien connue de tout le monde; aussi m'étendrai-je longuement sur leur description, après avoir rapidement exposé l'histoire de l'inflammation de l'oreille.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DE L'OREILLE.

On sait que les maladies de l'oreille ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de quelques chirurgiens; mais on peut dire que celles dont nous allons nous occuper rentrent à peu près complétement dans le domaine de la pathologie ordinaire. Au reste, je le répète, je ne veux m'occuper ici que des points principaux de leur histoire.

ARTICLE Ier.

OTITE AIGUE.

On distingue l'otite aiguë en *externe* et en *interne*, suivant que l'inflammation occupe seulement le conduit auditif externe, ou qu'elle a pour siége une partie de l'oreille interne. Je vais décrire séparément ces deux espèces.

1° OTITE AIGUE EXTERNE.

Cette otite reconnaît pour causes principales l'action de *corps irritants* sur le conduit auditif. Aussi est-elle le plus souvent due à l'introduction de corps étrangers, à l'accumulation du cérumen, à l'action des instruments introduits dans l'oreille pour certaines opérations. Parfois aussi elle est causée par l'action du froid sur les oreilles, ou bien elle se développe sans cause connue. Elle se manifeste plus souvent chez les enfants qu'aux autres âges de la vie.

Symptômes. La *douleur* est le premier symptôme qui annonce la maladie. Elle est d'abord faible, souvent prurigineuse, puis elle va en augmentant et peut devenir très aiguë, ce qui s'explique par la densité des tissus envahis. Les mouvements de la mâchoire inférieure retentissent douloureusement dans le conduit auditif. L'impression de la chaleur trop forte, aussi bien que du froid, augmente la douleur.

En même temps l'*ouïe* devient dure, et cette dureté d'oreille va en augmentant avec l'inflammation; il y a des bourdonnements, des sifflements d'oreille.

Dans les cas où l'inflammation est très intense, la douleur s'étend à toute la tête ou à un de ses côtés; mais ces cas ne sont pas les plus fréquents.

L'*inspection du conduit auditif* fait reconnaître : d'abord la rougeur et la sécheresse de ce canal, puis un plus ou moins grand nombre de boutons, d'abord petits, ensuite plus gros, qui se remplissent de pus. A une époque plus avancée, on constate la rupture de ces boutons et une ulcération consécutive, et, dans certains cas, un gonflement, un boursouflement considérable de la muqueuse.

L'*écoulement du pus* vient ordinairement, au bout de trois ou quatre jours, cal-

mer la douleur. C'est d'abord un liquide ténu, puis un pus véritable qui a parfois une odeur fétide. Quelquefois le boursouflement de la muqueuse est tel qu'une certaine quantité de pus est emprisonnée derrière, et cause une douleur très vive ; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin d'y porter promptement remède.

Ordinairement les symptômes généraux sont légers. Cependant, dans tous les cas, la douleur occasionne une certaine anxiété, du malaise, et dans beaucoup l'insomnie. Dans quelques uns, l'inflammation étant violente et profonde, la fièvre s'allume, et il y a de l'agitation ; mais tout le monde s'accorde à dire que, lorsqu'il y a une douleur excessive et profonde, lorsqu'il survient une agitation très grande, du délire, une fièvre considérable, c'est que l'inflammation s'est étendue à la cavité du tympan, car par elle-même l'otite externe n'est pas capable de donner lieu à des symptômes aussi graves.

La *marche* de la maladie est continue, bien que la douleur ait par moments, et surtout la nuit, de grandes exacerbations. La *durée* des symptômes violents est, comme je l'ai dit plus haut, de trois à quatre jours ; celle de la suppuration est souvent plus considérable. La *terminaison* ordinaire est une guérison prompte ; parfois elle se fait attendre, les ulcérations ne se cicatrisant pas ; et parfois aussi l'otite passe à l'état chronique.

J'ajouterai seulement quelques mots sur le *traitement*. Je les emprunte à l'article de M. Velpeau (1).

« Si l'inflammation, dit-il, est bornée au conduit auditif, s'il y a peu de symptômes généraux, des injections émollientes, des cataplasmes maintenus sur l'oreille, l'éloignement des causes qui ont produit ou qui entretiennent l'inflammation suffisent souvent pour faire avorter la maladie avant qu'aucun flux muqueux ou purulent se soit établi. Si la douleur est vive, il faut avoir recours aux injections calmantes et narcotiques, faites, par exemple, avec une *solution de cinq à six grains d'opium dans une décoction de guimauve et de têtes de pavot*. Itard (2) conseille, dans le même cas, de placer dans le conduit auditif un bourdonnet de coton dans lequel sont enveloppés quelques grains de *camphre*. Alors aussi une ou plusieurs applications de *sangsues* derrière l'oreille ; et si même l'état aigu ne cède pas sous l'influence de ces moyens, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer une *saignée* générale. L'écoulement une fois établi, il faut remplacer les injections narcotiques par d'autres émollientes, comme celles de lait tiède, d'eau de guimauve. Enfin, les pédiluves sinapisés, des dérivations sur le tube intestinal, sont encore souvent très utiles. »

2° OTITE AIGUE INTERNE.

L'otite interne a naturellement fixé l'attention des chirurgiens d'une manière beaucoup plus spéciale que l'otite externe ; mais dans un ouvrage de la nature de celui-ci, je ne peux pas entrer dans toutes les considérations qu'ils ont présentées à ce sujet. Voici ce qu'il y a de plus important à connaître pour nous.

Causes. Les causes de l'otite interne ne se trouvent pas ordinairement dans une violence extérieure ou dans l'action d'un corps étranger. Nous avons vu que parfois

(1) *Dict. de méd.* ou *Répert. des sc. méd.*, en 30 vol., art. OREILLE (pathol.), t. XXII, p. 377.
(2) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, nouvelle édition. Paris, 1842.

l'otite externe pouvait gagner la cavité du tympan ; mais le plus souvent on ne trouve d'autre cause à l'affection que l'action du froid, ou bien cette tendance qu'ont certains organes à s'enflammer secondairement dans le cours ou dans la convalescence d'une maladie grave, telle que la fièvre typhoïde, la variole, etc. Tous les auteurs conviennent que, dans la production de cette maladie, il faut reconnaître souvent une prédisposition non douteuse.

Symptômes. La *douleur* est généralement beaucoup plus vive que dans l'otite externe, et cela à une époque rapprochée du début. Elle est profonde, continue, avec des exacerbations plus ou moins violentes. Elle reste souvent fixe dans une oreille, parfois elle s'irradie à tout un côté du crâne. Elle arrache de vives plaintes au malade. Il y a en outre une sensation de plénitude et des battements dans la cavité du tympan. La *surdité* est marquée.

En même temps on voit survenir de l'*agitation*, de l'insomnie, parfois des vertiges, du délire, et même des convulsions.

La *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. Il y a de la soif, une perte plus ou moins complète de l'appétit, de la chaleur à la peau, de la céphalalgie qu'il ne faut pas confondre avec la douleur causée par l'inflammation.

Ces symptômes violents, lorsque l'affection est simple et que les os et les cartilages ne sont pas altérés, durent ordinairement trois ou quatre jours, puis le malade sent *le pus s'échapper* par le conduit auditif interne, et ordinairement il en sort un flot qui mouille l'oreiller. Dès ce moment il se manifeste un soulagement des plus marqués, la douleur cesse brusquement avec l'agitation et les autres symptômes concomitants. Le malade peut s'endormir paisiblement. Dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que s'écoule le pus qui tombe dans l'arrière-gorge.

Les jours suivants, le pus continue à s'échapper ; il est quelquefois fétide. Puis il diminue peu à peu, et, au bout de peu de temps, la maladie se termine par la guérison, sans laisser de traces.

Telle est l'affection dans les cas simples. Resteraient maintenant des accidents graves, tels que le *ramollissement des cartilages*, les diverses *altérations des os*, la *propagation de l'inflammation aux membranes cérébrales et même au cerveau ;* mais les premiers doivent être étudiés dans les traités de chirurgie, et les autres ont été suffisamment indiqués dans l'histoire des affections cérébrales.

La *marche* de la maladie est, comme nous venons de le voir, continue et rapide. La *durée* est généralement courte ; cependant il arrive quelquefois que la seconde période, c'est-à-dire celle qui est caractérisée par l'écoulement du pus au dehors, se prolonge pendant un temps assez long. La *terminaison* ordinaire de l'otite aiguë simple est la guérison. Les cas dans lesquels l'inflammation se propage aux organes intra-crâniens sont presque tous compliqués.

Le *diagnostic* ne présente ordinairement pas de difficulté lorsque l'affection est simple, et j'ai déjà dit plusieurs fois que nous ne devions pas nous occuper des cas compliqués. On distingue l'otite interne de l'otite externe par l'exploration du conduit auditif. L'absence de tout signe d'inflammation dans celui-ci, jointe à la douleur vive et profonde et au mouvement fébrile, suffit pour fixer le jugement du médecin.

Traitement. J'ai dit plus haut que l'otite aiguë se termine ordinairement par la

rupture de la membrane du tympan et par l'écoulement du pus au dehors, et que, dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que l'écoulement a lieu. Avant d'arriver à ce moment, il faut employer des moyens propres à calmer les douleurs et l'agitation qui en est la conséquence. Pour cela on a recours à la *saignée générale*, aux *sangsues* appliquées derrière l'oreille; aux *émollients*, et principalement aux cataplasmes fréquemment renouvelés; aux *calmants*, et principalement à l'opium. Comme moyens adjuvants, on emploie les *pédiluves sinapisés*, les *purgatifs*, etc.

Mais il peut arriver que le pus emprisonné dans le tympan ne puisse se frayer un libre passage au dehors. En pareil cas, les accidents se prolongent, et le séjour du liquide peut occasionner des altérations graves des os et des cartilages. Voici, suivant M. Velpeau, à qui je crois devoir encore emprunter ce passage, la conduite à tenir dans cette circonstance : « Le pus ainsi formé constitue, dit-il (1), un véritable abcès, et il est de la plus haute importance de hâter son évacuation. Deux moyens se présentent : ou bien *désobstruer la trompe d'Eustache*, ou *perforer la membrane du tympan*... Par l'une ou l'autre de ces deux pratiques, on est plusieurs fois parvenu à donner au liquide une issue suffisante, à arrêter l'inflammation dans sa marche, et à mettre fin à la maladie. Toutefois la perforation de la membrane du tympan est ordinairement préférable, bien qu'elle détruise une partie naturelle, parce que l'ouverture, ainsi pratiquée, reste facilement libre et béante, tandis que la trompe est sujette à se boucher de nouveau, soit par le gonflement de sa membrane, soit par le pus. Chez plusieurs malades, Itard a réussi à guérir l'otite interne par la rupture artificielle de la membrane tympanique.

« Après cette rupture, la caisse ne se vide pas toujours du produit qu'elle contient. Il est des cas où elle renferme, au lieu du pus liquide, une matière épaisse, concrète et adhérente aux parois de la cavité, en sorte qu'il faut *l'aller chercher avec un stylet*, ou bien la délayer avec des *injections poussées avec force*. L'inflammation cède ordinairement, une fois le foyer ouvert au dehors. Mais ce n'est pas tout; il reste encore à lutter contre le séjour et l'accumulation du pus. La situation profonde du foyer, cette circonstance que son fond forme une cavité plus large que ne l'est l'ouverture de sortie, rendent souvent inutile la communication extérieure, et au lieu de se déterger, de se tarir, l'abcès se convertit en fistule. Joignez à ces causes l'altération que peuvent avoir éprouvée les parois osseuses de la caisse, et vous concevrez comment l'otite interne aiguë amène si fréquemment l'otite chronique ou otorrhée. » Il est presque inutile d'ajouter que d'abord les injections doivent être émollientes et calmantes, et que si, plus tard, l'inflammation paraît avoir de la tendance à passer à l'état chronique, on a recours aux injections légèrement excitantes et détersives.

ARTICLE II.

OTITE CHRONIQUE.

L'otite chronique se divise, comme l'otite aiguë, en *externe* et en *interne*. Ces deux espèces ont été décrites souvent sous le nom d'*otorrhée*. J'entrerai, à leur

(1) *Loc. cit.*, p. 378.

sujet, dans moins de détails encore qu'à propos de l'otite aiguë, parce qu'elles sont plus spécialement du domaine de la chirurgie.

1° OTITE CHRONIQUE EXTERNE.

Cette affection n'a pour nous qu'un médiocre intérêt. Les seuls symptômes importants qu'elle présente sont l'écoulement d'un pus jaunâtre ou jaune sale, fétide ou non, sans douleur, et avec une dureté plus ou moins marquée de l'ouïe, et parfois des bourdonnements d'oreille.

Je n'ajoute que quelques mots au sujet du *traitement*. Il consiste dans l'emploi d'injections détersives et astringentes, de vésicatoires derrière l'oreille, d'un séton même, si on le croit nécessaire, et des moyens généraux, tels que les bains de mer, les bains sulfureux, etc.

2° OTITE CHRONIQUE INTERNE.

Elle succède assez souvent à l'otite aiguë ; elle attaque fréquemment les sujets atteints d'affections chroniques, et chez eux elle se développe assez souvent d'une manière spontanée.

Dans ce dernier cas, une *douleur* permanente, très incommode, accompagnée de surdité, se fait sentir, dans l'oreille affectée, pendant un temps qui peut être long ; puis l'écoulement s'établit et ne tarit plus ; seulement il est plus ou moins abondant, suivant diverses circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier. La surdité, les bourdonnements, les sifflements d'oreille sont aussi des symptômes de cette affection, et, de plus, lorsque la membrane du tympan est détruite, ce qui est le cas le plus ordinaire, le malade fait sortir de l'air par l'oreille en soufflant fortement par les fosses nasales, le nez et la bouche étant hermétiquement fermés. Cet air a pénétré dans le tympan par la trompe d'Eustache, et s'est ensuite échappé par l'ouverture accidentelle.

Les moyens de *traitement* sont les mêmes que dans l'espèce précédente ; mais, de plus, il faut avoir grand soin de *conserver une libre issue à la suppuration*. Voici, en effet, comment M. Velpeau, à qui je dois faire ce nouvel emprunt, s'exprime sur ce point : « Un autre point essentiel, dit-il, dans le traitement de l'otorrhée, surtout interne, est d'entretenir un passage libre et continu au produit de la suppuration. C'est surtout après une suppression de l'écoulement que se montrent les complications du côté du cerveau. Ce soin est si important, qu'il est le principal sur lequel le médecin doive fixer son attention. On devra, en pareil cas, répéter les injections émollientes, et, au besoin, sonder la trompe d'Eustache et le conduit auditif pour enlever les amas de pus ou autres qui peuvent boucher les conduits. On devra également, si l'obstruction vient d'un boursouflement aigu des membranes, faire disparaître le gonflement par des cataplasmes, quelques sangsues, des bains de pied. Enfin, si la suppression dépend d'une autre cause, il faut opérer une dérivation ailleurs. »

ARTICLE III.

OTALGIE.

Voici encore une maladie sur laquelle je m'étendrai très peu. Il est aujourd'hui démontré que, dans le plus grand nombre de cas qu'on a décrits comme des otalgies, il s'agissait de véritables otites. Cependant il en est quelques uns où la douleur seule constitue toute la maladie, mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'ils sont rares. Le fait est vrai, et ce qu'on n'a pas dit, c'est que, même dans les cas où la maladie est constituée uniquement par la douleur, il arrive très rarement encore que cette douleur soit bornée à l'oreille ; que le plus souvent on trouve d'autres points douloureux, surtout dans le nerf occipital, et que l'otalgie n'est pas, dans ces cas, une maladie distincte, mais un simple symptôme d'une maladie plus générale.

La *douleur* occupe soit le pavillon de l'oreille, soit le conduit auditif, soit une partie plus profonde. Elle est ordinairement lancinante, et les élancements ressemblent à la douleur que produirait un instrument piquant très fin enfoncé vivement dans l'oreille.

Le plus souvent, tous les auteurs en conviennent, d'autres douleurs se font sentir dans le crâne : c'est que la névralgie est étendue à un plus ou moins grand nombre de filets nerveux en dehors de l'oreille. On a dit aussi que la douleur se transporte assez souvent de l'oreille à une autre partie de la tête. Si l'on avait bien observé les faits, on aurait vu qu'il n'y avait réellement pas transport de la douleur, que celle-ci existait déjà hors de l'oreille, et que, devenant moins vive ou nulle dans cet organe, elle acquérait plus d'intensité dans les autres points. C'est ainsi, du moins, que j'ai vu les choses se passer dans plusieurs cas.

Ce qui prouve la vérité de ce que je viens de dire, c'est qu'on a cité des cas dans lesquels, en agissant sur des nerfs étrangers à l'oreille, on a procuré la guérison de la maladie. Ainsi on a cité un cas rapporté par Fauchard, dans lequel l'extraction d'une dent cariée a fait cesser la douleur d'oreille.

Traitement. Les injections calmantes, les fumigations vers le conduit auditif, les émollients, les émissions sanguines locales, la transpiration de la tête provoquée par divers moyens, comme le recommande Itard, les calmants à l'intérieur, tels sont les remèdes préconisés par les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de l'oreille. Je dois ajouter qu'un point très important de ce *traitement* consiste à s'assurer du degré d'étendue de la maladie, c'est-à-dire à rechercher si elle a exclusivement son siége dans l'oreille, ou si elle occupe d'autres points. Dans ce dernier cas, il faut attaquer les points douloureux partout où l'on en trouve : vers l'apophyse mastoïde, sur la tempe, sur la mâchoire inférieure, etc. Je ne doute pas que dans beaucoup de cas où les vésicatoires autour de l'oreille ont procuré la guérison de la maladie, on n'eût affaire à quelqu'une des névralgies décrites dans le précédent volume (1), et qu'en attaquant les points douloureux situés hors de l'oreille, on n'ait triomphé de la maladie, comme on fait disparaître les

(1) Voy. t. IV, *Névralgie trifaciale, occipitale.*

douleurs de tout le trajet du nerf sciatique en appliquant l'exutoire sur un ou deux des principaux points névralgiques.

Je me hâte de laisser les affections de l'oreille, que j'ai dû exposer si succinctement, pour arriver aux maladies de la peau, dont l'intérêt est bien connu de tout le monde.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DE LA PEAU.

Dès la plus haute antiquité, les maladies de la peau ont été l'objet d'études aussi fructueuses que le permettait l'état des connaissances médicales. Aussi la plupart d'entre elles sont-elles mentionnées ou décrites dans les ouvrages des médecins les plus anciens. Mais ces auteurs n'avaient pour se guider ni une méthode suffisamment rigoureuse, ni une connaissance assez exacte des signes différentiels de ces maladies. C'est pourquoi il règne une grande confusion dans l'histoire des affections cutanées, qui d'ailleurs n'avait pas été convenablement séparée de celle des autres maladies, jusqu'à l'époque où les travaux de Lorry, de Plenck, d'Alibert, et surtout de Willan (1), sont venus éclairer cette partie importante de la pathologie. Ce n'est pas ici le lieu de signaler les progrès que chacun de ces auteurs a fait faire à l'étude des maladies de la peau ; il me suffit de dire que l'ouvrage de Willan a définitivement établi les bases d'une description méthodique de ces affections ; que Bateman (2) a puissamment contribué à répandre la classification de cet auteur ; qu'après lui Biett, MM. Cazenave et Schedel (3) et Rayer (4), ont montré combien cette classification est supérieure à toute autre, et ont, par une plus grande exactitude dans les descriptions, ajouté à l'histoire des maladies cutanées.

On voit par là que je n'hésite pas à adopter la classification de Willan avec les modifications heureuses que lui ont fait subir les médecins que je viens de mentionner. Cependant un auteur que j'ai dû citer avec éloge quand il s'est agi des maladies syphilitiques, M. Baumès (5), a, dans ces derniers temps, attaqué avec vivacité cette classification, et voulu faire revivre la méthode ancienne, qui consistait à rechercher purement et simplement la cause interne ou externe de l'affection, tenant peu compte de la forme anatomique sur laquelle est fondée la classification de Willan. La discussion dans laquelle est entré cet auteur ne m'a pas convaincu. Il place au premier rang une considération qui, selon moi, n'est que secondaire. Sans doute il faut tenir grand compte, quand il s'agit des maladies de la peau, de la cause qui les a produites ; mais avant toute il faut leur assigner des

(1) *Descr. and treat. of cutaneous diseases*. London, 1798, 1801, 1805, 1807.

(2) *A pract. synopsis of cut. dis. according to the arrang. of doctor Willan*. London, 1813.

(3) *Abrégé prat. des maladies de la peau.*—Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau*, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. Cazenave. Paris, 1853.

(4) *Traité theorique et prat. des malad. de la peau*. Paris, 1835, 3 vol. in-8 avec atlas de planches col.

(5) *Nouvelle dermatologie*, etc. Lyon, 1842.

caractères qui servent à les distinguer les unes des autres, autrement la thérapeutique agit en aveugle. Après avoir bien établi le diagnostic, on recherche si la maladie est de cause interne ou externe, et ainsi toutes les exigences sont satisfaites. On a objecté que fréquemment, et surtout à une certaine époque de la maladie, il est difficile, et parfois impossible, de découvrir les caractères assignés à chaque classe des affections cutanées, d'après la classification anatomique ; mais cette objection ne saurait nous arrêter. Les affections de la peau ont leur difficulté comme toutes les autres ; c'est à lever cette difficulté qu'il faut s'appliquer, et ceux qui les étudient attentivement y parviennent de manière à ne laisser que peu de cas douteux. En définitive, je crois devoir adopter d'une manière générale la classification de Willan, modifiée par Biett, et que MM. Cazenave et Schedel ont suivie dans leur ouvrage classique. La voici :

Ordre Ier. — *Exanthèmes* : Érythème, érysipèle, roséole, rougeole, scarlatine, urticaire.
Ordre II. — *Vésicules* : Miliaire, varicelle, eczéma, herpès, gale.
Ordre III. — *Bulles* : Pemphigus, rupia.
Ordre IV. — *Pustules* : Variole, vaccine, ecthyma, impétigo, acné, mentagre, porrigo.
Ordre V. — *Papules* : Lichen, prurigo.
Ordre VI. — *Squammes* : Lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose, pellagre.
Ordre VII. — *Tubercules* : Éléphantiasis des Grecs, molluscum, frambœsia, bouton d'Alep, kéloïde.
Ordre VIII. — *Macules* : Teinte bronzée, éphélides, nævi, albinisme, vitiligo.
Ordre IX. — *Lupus.*
Ordre X. — *Purpura.*
Ordre XI. — *Éléphantiasis des Arabes.*
Ordre XII. — *Syphilides.*

Depuis lors, M. Cazenave a fait subir à sa classification de nombreux changements que je vais faire connaître en reproduisant ici le tableau suivant, présenté par M. Chausit (1) :

« Ier GROUPE. Inflammations. 1er genre. *Éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu et à l'état chronique :* Érythème, érysipèle, urticaire, herpès, eczéma, pemphigus, impétigo, ecthyma, sycosis. 2e genre. *Éruptions non spécifiques existant toujours à l'état chronique :* Rupia, lèpre, psoriasis, pityriasis. 3e genre. *Éruptions spécifiques aiguës :* Roséole, rougeole, scarlatine, variole, vaccine, varicelle, miliaire. 4e genre. *Éruptions spécifiques chroniques :* syphilides.

« IIe GROUPE. Lésions de sécrétion. 1er genre. *Lésions de la sécrétion folliculeuse :* Acné, favus. 2e genre. *Lésions de la sécrétion de la matière épidermique :* Ichthyose, productions cornées, pellagre. 3e genre. *Lésions de la sécrétion de la matière colorante : Décolorations :* Albinisme, vitiligo. *Colorations :* Teinte bronzée, éphélides, nævi pigmentaires.

« IIIe GROUPE. Hypertrophie, développement anormal des parties affectées. Éléphantiasis des Arabes, frambœsia.

« IVe GROUPE. Dégénérescences, tendance à détruire les parties affectées. Éléphantiasis des Grecs, bouton d'Alep, kéloïde, lupus.

« Ve GROUPE. Maladies hémorrhagiques, maladies caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

(1) *Traité élément. des maladies de la peau.* Paris, 1853, p. XXXII.

» VIe GROUPE. Lésions de la sensibilité de la peau. Hyperesthésie, prurit, prurigo, licheu.

» VIIe GROUPE. Corps étrangers : Acarus, acarus de la gale, pediculus, pulex.

» VIIIe GROUPE. Maladies des annexes. *Maladies des poils:* Alopécie, canitie. *Maladies des ongles:* Onyxis. »

Je suis bien loin de nier l'importance des modifications apportées par M. Cazenave à sa première classification ; mais il est facile de voir que cette importance existe principalement au point de vue de la pathologie générale, et que dans un ouvrage de la nature de celui-ci, la première est bien suffisante.

C'est donc elle que je suivrai, je le répète, d'une manière générale ; mais le plan de mon ouvrage nécessitera quelques interversions dans le rang que j'assignerai à chacun de ces ordres, et même quelques unes de ces affections trouveront une place à part, ce qui rentre en partie dans la manière de voir de M. Baumès et des anciens.

Ainsi je commencerai par des affections de la peau proprement dites, et je décrirai d'abord les maladies vésiculeuses. Toutefois j'en excepterai la *miliaire*, qui, étant presque toujours une affection secondaire des maladies fébriles, viendra avant les fièvres exanthématiques, et à plus forte raison encore la *varicelle*. Après les affections de la peau proprement dites, je décrirai les *syphilides*, qui ont en général la même forme que les autres affections cutanées, dont elles ne diffèrent que par leur cause spécifique et quelques caractères accessoires. Puis les *fièvres exanthématiques* me fourniront une transition naturelle aux fièvres proprement dites. Cet ordre me paraît le plus convenable dans un ouvrage où les affections cutanées ne doivent pas être considérées entièrement à part, et dans lequel il faut tenir compte des rapports naturels de ces affections avec celles qui les suivent.

CHAPITRE PREMIER.

AFFECTIONS VÉSICULEUSES DE LA PEAU.

Les vésicules sont constituées par de petits amas de sérosité en forme de gouttelettes qui soulèvent l'épiderme. La sérosité est d'abord transparente ; elle peut devenir louche, séro-purulente, et lorsque la vésicule s'est rompue, la maladie prend un autre aspect qui sera décrit dans chaque espèce.

Les espèces dont nous allons nous occuper dans ce chapitre sont l'*eczéma*, l'*herpès* et la *gale*. On a voulu y joindre les sudamina, l'hydrargyrie et la syphilide vésiculeuse. Mais les sudamina ne sont qu'un épiphénomène d'autres maladies ; l'hydrargyrie est une affection sur la nature de laquelle on n'est pas d'accord, et dont il suffira de dire un mot à propos des causes de l'eczéma (1) ; et quant à la syphilide vésiculeuse, sa place lui est assignée parmi les autres syphilides.

(1) Voy. *Eczéma*, causes.

ARTICLE Ier.

ECZÉMA.

L'eczéma est une maladie de la peau dont l'étude intéresse particulièrement le praticien ; elle est extrêmement commune, souvent difficile à guérir, et elle présente la plupart de ces formes diverses confondues autrefois sous le nom de *dartres*. Aussi les détails dans lesquels je vais entrer ne paraîtront-ils pas trop multipliés à ceux qui connaissent l'importance de ce point de la pathologie cutanée.

Dans la description de l'eczéma, je suivrai l'exemple de Biett (1), qui divise cette affection en *aiguë* et en *chronique*, et à ces deux formes je rattacherai quelques *variétés* bien tranchées, ainsi que les espèces établies d'après le siége que peut affecter l'éruption. Sous ce dernier rapport, j'aurai soin de signaler les particularités qu'offre l'eczéma, suivant la place qu'il occupe sur l'enveloppe cutanée.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'eczéma est une affection de la peau, caractérisée par une éruption de vésicules ordinairement aplaties, très nombreuses, agglomérées, se développant sur des surfaces irrégulières, éruption qui est suivie quelquefois d'un suintement plus ou moins abondant de sérosité, et accompagnée d'excoriations, de squames; dans quelques cas même, de croûtes légères.

La dénomination d'*eczéma*, donnée par Willan au groupe d'affections vésiculeuses que je vais décrire, a été conservée par les auteurs modernes : Bateman, Biett, MM. Rayer, Cazenave, ont adopté l'expression du pathologiste anglais. L'eczéma est la *dartre squameuse*, la *dermatose eczémateuse* d'Alibert, la *dartre vive humide* de Sauvages, etc. A l'occasion du siége de l'eczéma, nous ferons connaître les autres dénominations que lui ont données les auteurs.

La *fréquence* de cette maladie est très grande. Dans un relevé fait par M. le docteur Marcel, qui me l'a communiqué, sur un total de 460 malades entrés, dans une période de neuf mois, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Devergie, l'eczéma compte pour un tiers. Ce résultat peut donner une idée de la fréquence de cette affection.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'eczéma se montre à tout *âge*. C'est à l'époque de la première et de la deuxième dentition, dit M. Rayer (2), que les enfants en sont spécialement atteints. L'âge critique chez les *femmes* paraît prédisposer à cette affection. Les adultes en sont plus souvent affectés que les vieillards, et les individus à peau fine et délicate y sont particulièrement sujets.

Il se développe plus fréquemment dans les *saisons chaudes* de l'année. Nulle *constitution*, nul *tempérament* n'en paraissent exempts.

(1) *Dict. de méd.*, t. XI, art. ECZÉMA.
(2) *Traité des malad. de la peau*. Paris, 1835, 2e édit., t. I, p. 400.

2° Causes occasionnelles.

L'eczéma peut survenir à la suite de toutes les influences irritantes, agissant extérieurement. Quand il se développe sous l'action des rayons solaires, il constitue l'*eczema solare* de Willan.

L'emploi des *pommades irritantes*, des frictions alcalines, des frictions avec l'huile de laurier ou de croton tiglium, en est une cause fréquente. La maladie admise sous le nom d'*hydrargyrie* n'est, selon M. Cazenave (1), qu'une éruption vésiculeuse simple, développée sous l'influence des frictions mercurielles. Cette opinion me paraît devoir être partagée, et c'est pourquoi je n'ai pas assigné à cette affection une place à part dans ce chapitre.

On rencontre fréquemment l'eczéma chez les individus qui, par état, manient habituellement des *substances âcres*, pulvérulentes; il est commun chez les affineurs de métaux, les broyeurs de couleurs, les épiciers, les boulangers, les individus qui ont fréquemment les mains dans l'eau chargée de matières irritantes.

L'eczéma peut naître sous l'influence d'une *émotion morale* vive : à la suite d'un accès de frayeur, de colère. Cet effet est produit surtout chez les femmes à l'époque des couches, de l'allaitement et de l'âge critique.

On a vu, dans un certain nombre de cas, l'eczéma apparaître exclusivement pendant la *grossesse*, et disparaître après l'accouchement; d'autres fois l'éruption cutanée était évidemment sous la dépendance de troubles fonctionnels, ayant leur siége soit dans les voies digestives, soit dans le système nerveux. L'eczéma *n'est pas contagieux*.

Tel est l'exposé sommaire des causes de cette affection, et il faut ajouter que bien souvent elle apparaît sans qu'il soit possible de lui en reconnaître aucune.

§ III. — Symptômes.

Comme je l'ai dit plus haut, je diviserai l'eczéma en *aigu* et en *chronique*.

1° *Eczéma aigu.* L'eczéma aigu présente lui-même trois variétés principales, qui sont : l'*eczema simple*, l'*eczema rubrum* et l'*eczéma impetiginodes :* je vais les étudier successivement.

a. Eczéma simple. A son état le plus simple, il n'est ni précédé ni accompagné de symptômes généraux un peu marqués. Dans une étendue peu considérable de la peau, un léger sentiment de fourmillement annonce le développement de *vésicules;* celles-ci apparaissent très petites, sans aréole inflammatoire, répandues sur des surfaces qui ont conservé leur couleur naturelle; elles sont pleines d'une *sérosité* limpide, d'un aspect brillant.

Après un jour ou deux, le liquide se trouble, prend une teinte laiteuse; alors, ou il est résorbé, ou il s'épanche par la rupture de la vésicule. Dans le premier cas, la vésicule se flétrit et disparaît en donnant lieu à une *légère desquamation;* dans le second, le liquide se concrète en un petit disque squammeux qui tombe très rapidement.

Un léger *prurit* accompagne cette éruption, qui dure sept ou huit jours et se dissipe sans laisser de traces. Elle peut durer un peu plus longtemps, et alors elle

(1) Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 75.

consiste en de petites éruptions partielles et successives, qui toutes présentent les mêmes caractères de bénignité.

L'éruption occupe généralement un *siége limité;* quelquefois elle est très étendue, et peut alors, surtout quand l'affection atteint des enfants en bas âge, constituer une maladie qui n'est pas sans gravité.

b. Eczema rubrum. Dans cette espèce, il existe des *prodromes.* La surface qui va être le siége de l'éruption est chaude, tendue, douloureuse, quelquefois sensiblement tuméfiée.

Peu de temps après, elle se couvre d'une rougeur vive, et, en examinant avec attention la partie affectée, on y découvre une foule de petites *vésicules* qui la hérissent comme autant de points brillants. Bientôt ces vésicules deviennent grosses comme des têtes d'épingles; elles ne tardent pas à se flétrir, et la peau, enflammée et érythémateuse, reste parsemée de points arrondis, entourés d'un petit liséré blanchâtre.

Mais le plus souvent, au lieu de se résorber, le liquide, devenu lactescent, s'épanche par suite de la rupture des vésicules; la *surface enflammée s'excorie* et devient le siége d'une irritation vive, à mesure qu'elle est baignée par le suintement qui s'y établit. La matière de ce suintement se concrète en *lames* minces, molles, peu adhérentes, qui, en se détachant, laissent à découvert des surfaces enflammées et suintantes qui se recouvrent bientôt des mêmes sécrétions épidermoïdes. C'est là ce qu'Alibert appelait la *dartre squameuse humide.*

La maladie, qui peut être entretenue par des éruptions successives, se termine ordinairement au bout de deux ou trois semaines : après ce temps il ne reste à la peau qu'une teinte rouge qui brunit et disparaît peu à peu.

c. Eczema impetiginodes. Il peut naître spontanément, mais le plus souvent il succède à l'*eczema rubrum.*

Dans cette variété, l'éruption se manifeste avec une acuité remarquable : la peau est rouge, tendue, tuméfiée; sa chaleur est brûlante; les *vésicules primitives* se déchirent promptement, pour faire place à d'autres qui contiennent de prime abord un liquide moins transparent, puis bientôt trouble, puriforme. A ce moment, la vésicule est véritablement devenue une *pustule.* Cette transformation remarquable de la vésicule primitive en pustule forme le caractère distinctif de l'eczéma impétigineux. M. Rayer et Copland (1), comme l'a démontré M. Cazenave, se sont trompés en ne voyant là qu'un eczéma compliqué de pustules d'impétigo. Il arrive souvent, en effet, que chez le même individu on constate, sur différents points, les divers degrés de la transformation que je viens d'indiquer.

Une fois rompues, les vésicules pustuleuses *laissent échapper un liquide* qui se durcit en *squames épaisses,* jaunâtres, molles, semblables à des feuillets superposés; à leur chute, on trouve des surfaces rouges d'où suinte une sérosité roussâtre. Après un certain nombre d'éruptions successives, les croûtes ne se reforment que difficilement; ce ne sont plus que les lamelles minces, grises, un peu sèches de l'eczéma. Tout peut être terminé ainsi en deux ou trois semaines.

Dans ces trois variétés, l'eczéma aigu est rarement accompagné de symptômes généraux graves. Cependant, quand il occupe une grande surface, chez des indivi-

(1) *Dict. of pract. med.*, art. ECZEMA.

dus affaiblis par l'âge, chez ceux qui ont la peau brune et sèche, il peut acquérir une grande intensité, et déterminer une inflammation qui s'étend jusqu'aux couches sous-jacentes du derme. Alors les éruptions sont plus fréquentes, plus aiguës ; des exulcérations douloureuses sillonnent la peau ; elles se recouvrent de squames humides, etc., etc. Après la résolution, la peau conserve une teinte brune qui parfois persiste indéfiniment.

2° *Eczéma chronique.* Pouvant succéder aux trois variétés que nous venons de décrire, l'eczéma chronique se développe le plus souvent à la suite de l'eczéma impétigineux. Il est constitué soit par une suite indéfinie d'éruptions successives, soit par un état permanent, n'offrant pas d'exacerbations bien sensibles. Mais, quelle que soit sa marche, il se présente sous deux aspects assez tranchés, qui sont les suivants :

a. Dans le premier cas, une *sécrétion abondante* forme le caractère principal : la peau est baignée sans cesse par un liquide séreux dont le suintement salit rapidement les linges qui recouvrent les parties malades, et oblige de les changer à chaque instant. En les enlevant, on trouve les surfaces rouges, tuméfiées, ramollies, portant les empreintes de la toile qui les recouvrait. Dans les points où la peau est comme macérée, on peut distinguer une foule d'*orifices béants* d'où s'échappe une gouttelette de sérosité : ces points, selon M. Cazenave, sont les *orifices des canaux sudorifères.*

Quelquefois la sécrétion, moins abondante, est *puriforme :* la peau s'excorie, se *gerce* douloureusement. En enlevant les linges, une foule de points sont arrachés, et il s'écoule une certaine quantité de sang. D'autres fois les surfaces malades se recouvrent de *squames* molles, jaunâtres, minces et peu adhérentes; celles-ci, à la suite de sécrétions multipliées, forment des couches de squames humides, recouvrant les parties enflammées.

b. Dans le second cas, au contraire, la sécrétion est à peine sensible : les squames sont sèches, adhérentes. En tombant, elles laissent à découvert des surfaces peu enflammées. Tantôt la peau est blanche, comme farineuse, s'écaillant au moindre frottement, et en même temps elle est sèche et épaissie ; tantôt elle est d'un rouge vif, mais sans aucune espèce de suintement. Elle est comme *fendillée*, recouverte de *squames adhérentes.*

c. D'après M. Chausit (1), il existe une *troisième espèce*, dans laquelle il n'y a plus de traces ni de la sécrétion séreuse, ni de la sécrétion épidermique. Cet eczéma, qui *siége de préférence aux jambes*, se présente avec une physionomie remarquable. La peau, *tendue*, *lisse*, *luisante*, *amincie*, semble constituer un *tissu cicatriciel*, et l'on pourrait croire à la guérison sans quelques *poussées* rares, mais caractéristiques.

L'eczéma chronique, quelle que soit sa forme, est toujours accompagné d'un *prurit* remarquable : ce symptôme, qu'il est important de se rappeler, n'est, au début, qu'un léger *fourmillement* qui augmente à mesure que les éruptions se multiplient. Les démangeaisons finissent quelquefois par devenir *brûlantes :* c'est un supplice pour les malades, qui, ne pouvant résister au besoin de se gratter, se déchirent avec les ongles et les corps les plus durs. Dans quelques cas, le prurit est peu marqué pendant toute la durée de la maladie. En général, il s'exaspère sous

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

diverses influences, telles que l'usage des excitants, des spiritueux, le contact des vêtements de laine, etc., etc.

§ IV. — Siége de la maladie.

L'eczéma chronique peut affecter tous les points du corps; cependant quelques parties de l'enveloppe cutanée en sont plus fréquemment le siége : l'affection vésiculeuse présente alors certaines particularités qu'il est bon de signaler.

Au *cuir chevelu*, il constitue ce qu'on a appelé la *teigne amiantacée*, la *teigne furfuracée ;* il a été confondu par certains auteurs avec la *teigne muqueuse*, qui selon la remarque de Bateman, n'est qu'un *impétigo*. On le reconnaîtra aux signes suivants : il se présente, non avec des croûtes, mais avec des *squames* jaunâtres, molles, irrégulières, accompagnées d'un *léger suintement* dans quelques points. Les *cheveux* sont libres et peu altérés, ou enveloppés dans une partie de leur étendue d'une sorte de gaîne squameuse. L'éruption est toujours accompagnée de *prurit* et *n'est pas contagieuse*.

Aux *oreilles*, il est très fréquent chez la femme, et constitue une maladie très rebelle. Il peut envahir toute la conque et déterminer son hypertrophie; à l'intérieur du conduit auditif, le gonflement peut être tel qu'il entraîne une *surdité* accidentelle.

Aux *mamelons* chez les jeunes filles, mais surtout chez les nourrices, il occasionne des gerçures souvent très douloureuses, et provoque l'engorgement des ganglions axillaires.

Aux *organes génitaux*, aux *cuisses*, à l'*anus*, il est caractérisé par des démangeaisons insupportables; ce prurit, qui entraîne les malades à se gratter irrésistiblement, est de la dernière incommodité.

Aux *mains*, l'eczéma est fréquent et difficile à guérir ; on l'observe surtout chez les épiciers : les pathologistes anglais l'ont appelé *gale des épiciers*.

L'eczéma peut devenir *général*, mais c'est presque exclusivement à l'état aigu, et surtout à l'état simple.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

A l'*état aigu*, l'eczéma a une *marche* assez rapide ; à l'*état chronique*, il offre ordinairement une succession de rémissions et d'exacerbations qui font souvent croire à sa terminaison prochaine. Quand il touche à sa fin, on voit d'abord diminuer la sécrétion ; les squames, moins larges, plus minces, se reforment plus lentement ; la guérison marche de la circonférence au centre. Enfin, lorsque tout a disparu, il reste une empreinte brune qui quelquefois persiste toute la vie.

La *durée* de l'eczéma est impossible à préciser : cette affection peut résister à tous les traitements et avoir une durée indéfinie. Cette durée est aussi subordonnée à certaines conditions, telles que l'ancienneté du mal, les causes qui l'ont fait naître ou peuvent l'entretenir, etc.

L'eczéma est une maladie qui guérit facilement à l'état aigu : il est plus rebelle à l'état chronique, souvent on ne réussit pas à le faire disparaître. Il peut, dans certains cas, *se transformer en pemphigus :* transformation heureusement fort rare, dit M. Cazenave, car elle est presque toujours funeste.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Selon M. Rayer, les follicules cutanés sont essentiellement affectés dans l'eczéma. Biett plaçait le siége de la lésion dans la membrane vasculaire d'Eichorn, membrane qui a pour fonction la sécrétion épidermique. Se fondant sur les caractères locaux et l'histoire de la maladie, M. Cazenave regarde l'eczéma comme une maladie de l'appareil sudoripare, et place le siége des vésicules à l'extrémité des conduits sudorifères enflammés.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

A l'état aigu, l'eczéma peut être confondu avec l'*herpès* et la *gale*.

Pour l'*herpès*, on évitera l'erreur en se souvenant que les groupes vésiculeux de cette éruption sont toujours bien délimités, que les vésicules sont plus grandes, comme perlées, et qu'elles donnent lieu à une desquamation à peine sensible.

Dans la *gale*, les vésicules sont acuminées, peu transparentes ; elles sont isolées, discrètes, disséminées sur certains points où elles ont leur siége de prédilection : en effet, on les rencontre aux bras, aux poignets, au ventre, à la verge, mais surtout dans l'intervalle des doigts. La présence du sillon de l'acarus, quand on peut la constater, lève tous les doutes.

Quelle que soit sa ressemblance avec l'*impétigo* dans certains cas, l'eczéma s'en distinguera en ce que jamais il ne donne lieu à des croûtes toujours épaisses, molles, d'un jaune ambré, comme on les observe dans l'affection pustuleuse. L'eczéma produit plutôt des squames que des croûtes.

Cette affection, à l'état chronique, pourrait être confondue avec le *lichen agrius*, qui a quelquefois le même siége et présente une excoriation et un suintement analogues à ceux de l'eczéma. Mais si l'on se rappelle que le *lichen agrius* est surtout caractérisé par une rugosité remarquable qui dénote l'état papuleux primitif, tandis que la surface de l'eczéma est unie et luisante ; qu'il est toujours accompagné d'un prurit brûlant, différent des démangeaisons de l'eczéma ; qu'au lieu de squammes lamelleuses, il est recouvert de petites croûtes, minces, dures, résultat de l'ulcération des papules, on évitera facilement toute erreur.

Quant au *psoriasis*, l'absence de tout suintement et du prurit et la présence de véritables écailles minces, sèches, chatoyantes qui caractérisent les affections squameuses, dissiperont tous les doutes. Je donnerai à l'article *Impetigo* les caractères différentiels de l'*eczéma du cuir chevelu.*

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de l'herpès.*

ECZÉMA AIGU.	HERPÈS.
Vésicules agglomérées sur des *surfaces mal circonscrites.*	Vésicules en *groupes bien limités ;* plus grandes, comme perlées.
Desquamation *marquée.*	Desquamation *à peine sensible.*
Prurit *léger.*	*Douleur vive.*

2° Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de la gale.

ECZÉMA AIGU.	GALE.
Vésicules ordinairement *aplaties*, transparentes, *agglomérées*. Siége *sur tous les points du corps*. *Pas de sillons de l'acarus.*	Vésicules *acuminées*, peu transparentes, isolées, *discrètes*. Siége de prédilection : *poignet, ventre, intervalles des doigts*. *Sillons de l'acarus.*

3° Signes distinctifs de l'eczéma impétigineux et de l'impétigo.

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX.	IMPÉTIGO.
Squames lamelleuses, semblables à des feuillets superposés.	*Croûtes* épaisses, molles, d'un jaune ambré.

4° Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du lichen agrius.

ECZÉMA CHRONIQUE.	LICHEN AGRIUS.
Surface *unie, luisante*. *Squames* lamelleuses. *Démangeaisons.*	Surface *rugueuse, papuleuse*. Petites *croûtes* minces, dures. *Prurit brûlant.*

5° Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du psoriasis.

ECZÉMA CHRONIQUE.	PSORIASIS.
Toujours accompagné d'un peu de *suintement*. *Prurit.*	*Squames sèches*, chatoyantes, minces. Prurit *nul*.

Pronostic. A l'état aigu, l'eczéma est généralement une affection légère dont la guérison est prompte. A l'état chronique, il peut, ainsi que nous l'avons vu plus haut, durer un temps illimité et devenir une maladie, sinon grave, au moins très incommode par sa ténacité. Dans ce cas, du reste, le pronostic est subordonné à certaines conditions qu'il est facile de prévoir, telles que la cause de la maladie, la constitution du sujet, etc., etc.

La fréquence des *récidives* est une circonstance qui impose une certaine réserve quand il s'agit de porter le pronostic de l'eczéma.

§ VIII. — Traitement.

J'ai dit au commencement de cet article que pendant bien longtemps l'eczéma a été décrit avec d'autres affections de la peau sous le nom vague de *dartres*. A l'occasion du traitement, nous retrouvons tous les inconvénients de cette confusion et du vague dans lequel étaient nécessairement les auteurs en présence d'espèces mal caractérisées. Cette fâcheuse condition, qui se représentera plus d'une fois dans l'étude des maladies de la peau, m'obligera à ne pas insister, sous le rapport thérapeutique, sur des moyens dont les indications sont pour nous incertaines, le diagnostic des affections contre lesquelles ces moyens étaient employés n'étant pas encore établi sur des données positives. C'est après avoir constaté ce fait, et en rappelant que beaucoup d'agents employés et vantés dans cette affection ont besoin du contrôle d'une observation nouvelle, fondée surtout sur un diagnostic précis, que je vais exposer le traitement de l'eczéma.

1° *Traitement de l'eczéma aigu.* Si l'eczéma aigu se présente sous sa forme simple, si l'inflammation est franche et modérée, on prescrira la *diète*, les *émollients*, le *repos* de la partie malade. Si le sujet est jeune et robuste, et que l'éruption s'accompagne de quelques symptômes de congestion, on y joindra les *émissions sanguines générales;* mais il est rare que l'intensité de la maladie soit telle que ce moyen devienne nécessaire.

A l'intérieur, on prescrira les *acides végétaux*, et à l'*extérieur* on recouvrira la surface enflammée de cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve, mais tièdes seulement; on fera des *lotions émollientes* ou légèrement *narcotiques.* On administrera des bains amidonnés ou gélatineux, et si l'éruption, devenue moins aiguë, tendait à se continuer, on recourrait aux *bains alcalins* et aux *lotions alcalines.*

Ce sont surtout l'*eczema rubrum* et l'*eczema impetiginodes* qui réclament l'emploi de ces derniers moyens; mais lorsque l'inflammation est peu considérable, lorsqu'elle s'est notablement calmée, on peut, comme l'expérience me l'a fréquemment démontré, recourir avec un grand succès à des topiques actifs qui seront indiqués tout à l'heure dans le traitement de l'eczéma chronique, et principalement à la pommade suivante, que j'ai trouvée utile dans un grand nombre de maladies de la peau, lorsque l'irritation n'était pas trop vive :

♃ Axonge............... 30 gram. | Calomel............... 2 à 3 gram.

Mêlez.

2° *Traitement de l'eczéma chronique.* C'est surtout contre l'*eczéma chronique* que les auteurs ont préconisé une foule de moyens dont, le plus souvent, nous ne pouvons pas apprécier la véritable influence. Les uns ont vanté les applications locales, et font consister tout le traitement dans les médicaments topiques; les autres s'adressent plus particulièrement aux moyens généraux; beaucoup ont réuni les deux espèces de médications, et le plus souvent il est difficile de dire quelle est la part de chacune d'elles dans les effets obtenus. Quoi qu'il en soit, je vais présenter les agents thérapeutiques qui ont été le plus généralement employés.

Médication externe. Les *bains* sont très fréquemment administrés dans toutes les formes de l'eczéma chronique; donnés *simples*, à une température généralement peu élevée, rendus *émollients* par l'addition des mucilages, de la *gélatine* (500 grammes par bain), ils sont surtout utiles quand il existe un certain degré d'inflammation. Dans le cas contraire, on prescrit les *bains sulfureux artificiels* (60 à 125 gram. de *sulfure de potassium*, 6 à 8 gram. d'*acide chlorhydrique* pour un grand bain), ou mieux encore les bains d'Enghien, de Baréges, de Cauterets, etc.

Les *bains de vapeur* sont aussi administrés dans un certain nombre de cas. M. Cazenave les conseille quand l'eczéma est sec et squammeux; il les administre à la *température de* 30 *à* 32° *R.*; leur durée est d'un quart d'heure; mais cet auteur préfère encore les *douches de vapeur* dirigées sur la partie malade. Les *bains alcalins* qu'on fait en ajoutant à l'eau de la baignoire 100 à 125 grammes de carbonate de potasse, ont été aussi utiles dans un bon nombre des cas rapportés par les auteurs.

Les *lotions alcalines* sont recommandées pour calmer les démangeaisons.

Le docteur Thompson (1) conseille de laver les parties avec la solution suivante :

℞ Acide cyanhydrique....... 4 gram. | Émulsion d'amandes amères 240 gram.

On a aussi vanté les lotions avec l'*eau de son vinaigrée*, l'*eau de Goulard*, le *sulfate d'alumine*; M. Compagnero (2) a recommandé les *lotions de sublimé*; M. Bertrand (3) a conseillé celles de *sulfure de potasse*.

Enfin, suivant Biett et M. Cazenave, la solution suivante aurait une très grande utilité dans les mêmes circonstances :

℞ Borax................ 2 à 8 gram. | Eau commune............ 600 gram.

Dissolvez. Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

Dans le but de changer le mode de vitalité de la peau, on a conseillé l'application d'un *vésicatoire* sur la partie même occupée par l'éruption. C'est dans le même but qu'on a employé la *cautérisation* avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, etc. En général, la cautérisation est dangereuse; M. Cazenave la rejette comme base de traitement.

Nous rapprocherons de ces moyens les *pommades* dont plusieurs médecins font peut-être un usage excessif. Les plus communément employées sont celles dans lesquelles l'axonge se trouve unie au *camphre* (0,25 à 1 gramme pour 35 grammes); à l'*oxyde de zinc* (5 à 8 décigrammes pour 30 grammes); au *calomel* (de 1 à 2 et 5 grammes pour 50 grammes); *proto-iodure de mercure* (de 5 décigram. à 2 grammes pour 30 grammes); au *goudron* (de 2 à 4 grammes), etc., etc.

M. Mialhe nous a donné la formule de la pommade suivante :

Axonge récente.......... 40 gram. | Extrait d'opium........... 1 gram.
Turbith nitreux........... 2 gram. |

Dissolvez l'extrait d'opium dans quelques gouttes d'eau ; ajoutez le turbith, puis l'axonge, et broyez le tout dans un mortier de porcelaine, jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement homogène. Cette pommade s'emploie en onctions légères, matin et soir.

M. Trousseau (4) emploie les *bains de sublimé* à la dose de 15 grammes, dans l'eczéma impétigineux des enfants.

« Quant aux moyens locaux à employer contre l'eczéma chronique, s'ils sont, dit M. Cazenave, moins limités que dans la forme aiguë, ils doivent cependant être conseillés avec la plus grande sobriété. Il faut avant tout, et même dans les cas les plus rebelles, éviter les topiques irritants. S'il y a sécrétion abondante, je fais mettre, le jour, sur les parties malades, un linge fin recouvert de taffetas gommé; le soir, je fais saupoudrer avec de l'amidon... En général, il ne faut pas employer de pommades; mais il faut principalement bannir du nombre des topiques, dans le traitement de l'eczéma, les sulfureux, que l'on a cependant vantés comme une panacée universelle. » J'ajoute, néanmoins, que j'ai vu souvent réussir, dans ces cas, les onctions avec la *pommade au goudron* ou l'*huile de cade*.

Je ne dois pas oublier de mentionner ici un fait extrêmement remarquable que M. Cossy a observé dans le service de M. Louis, et dont il a rendu compte (5).

Un homme malade depuis un grand nombre d'années, et ayant tout le corps cou-

(1) Voy. Copland, *loc. cit.*
(2) *Gaz. méd.*, 1831.
(3) *Rec. pér. de la Soc. de méd.*, t. XLVIII.
(4) *Bull. gén. de thér.*, février 1847.
(5) *Arch. de méd.*

vert d'une couche épaisse de squames, fut guéri par le *brossage* à l'aide d'une brosse très dure mouillée avec un liquide dont celui qui dirigeait le traitement ne voulut pas faire connaître la composition. Le brossage était fait si rudement, que, dans les premiers temps surtout, la peau était couverte de sang, et que dans le cours du traitement, qui dura plusieurs mois, on usa une brosse jusqu'au bois, et une autre à moitié. Le malade fut parfaitement guéri de son eczéma, qui lui rendait la vie insupportable, et qui avait résisté à un très grand nombre de moyens de traitement, dont plusieurs avaient été mis en usage à l'hôpital Saint-Louis pendant très longtemps. Le liquide employé paraissait alcoolique.

Un résultat semblable ayant été obtenu par M. le docteur Thiry (1) à l'aide de moyens qui nous sont connus, je le mentionne ici.

Il s'agissait d'un eczéma chronique occupant toute la surface du corps, durant depuis deux mois, ayant produit de nombreuses croûtes, ainsi que l'épaississement du derme, donnant lieu à un suintement abondant, à une vive démangeaison, à la rétraction permanente des muscles, à des accidents généraux très graves. La guérison fut obtenue en six semaines par le traitement suivant :

A l'extérieur, bains de carbonate de potasse et bains d'amidon alternant tous les deux jours. Tous les jours, frictions prolongées avec l'onguent suivant :

℞ Suie de bois............	30 gram.	Axonge..................	120 gram.

Ajoutez :

Huile de jusquiame noire. .	4 gram.	Huile d'amandes douces.....	4 gram.

Mêlez.

Compression graduée des membres au moyen de bandes roulées et amidonnées, et soutenues dans des cartons sur les points où il y a beaucoup de muscles.

A l'intérieur, le mélange suivant :

℞ Iodure de soufre........	0,50 gram.	Eau de sureau..........	120 gram.
Rob de sureau..........	8 gram.		

Mêlez. Dose : quatre cuillerées par jour.

Pour boisson, décoction des quatre bois sudorifiques.

Pour régime, légumes et viandes blanches.

Enfin j'ajouterai que M. Wilson a guéri des eczémas tant aigus que chroniques *en couvrant la surface malade d'une couche de collodion*, moyen sur lequel j'aurai plusieurs fois occasion de revenir à propos des autres affections cutanées.

Moyens internes. Souvent administrés comme adjuvants, ils sont choisis, tantôt dans les *purgatifs*, tels que les eaux de Sedlitz, de Pulna, l'huile de ricin, le calomel (20 centigrammes le matin à jeun, Biett), les pilules de Plummer; tantôt dans les *eaux minérales salines* ou *sulfureuses;* tantôt dans les *acides minéraux*. MM. Biett et Plumbe ont recommandé les *limonades nitrique*, *sulfurique*, *chlorhydrique*. Le *soufre*, donné à l'intérieur, n'a paru à M. Rayer avoir d'action appréciable sur les eczémas chroniques que lorsqu'il produisait un effet purgatif.

Comme médication spéciale, surtout dans les cas d'éruption ancienne et rebelle, on a préconisé à l'intérieur la *teinture de cantharides*, à la dose de 3, 4 et 5 gouttes par jour.

(1) *Presse méd. belge* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1850.

Biett a mis en honneur les préparations *arsenicales*, dont il dit avoir retiré des avantages signalés. Il employait de préférence l'*arséniate de soude* et celui d'*ammoniaque*, qu'il administrait dans la proportion de 5 centigrammes d'un de ces sels dans 30 grammes d'eau distillée. Il commençait par 1 gramme environ de cette solution. M. Cazenave administre dans le même but la *solution de Pearson*, à la dose de 1 à 4 grammes par jour. Je reviendrai avec détail sur cette médication, à l'occasion des maladies squammeuses, dans le traitement desquelles ces moyens ont acquis, depuis ces dernières années, un haut degré d'importance.

J'ajouterai seulement ici quelques moyens particuliers qu'il n'est pas sans intérêt de connaître. Telle est la mixture de Biett, ainsi composée :

℞ Sirop de fumeterre.......	375 gram.	Sulfite sulfureux de soude...	8 gram.
de pensées sauvages..	125 gram.		

Deux cuillerées par jour.

Le docteur Gardras (1) regarde la *douce-amère* prise à l'intérieur comme le meilleur moyen contre l'eczéma. Les faits qu'on peut donner à l'appui de cette opinion sont insuffisants.

Tel est l'ensemble des moyens qu'on peut, avec le plus d'avantages, opposer à l'eczéma. Ils n'ont pas tous, à beaucoup près, la même valeur, et malheureusement nous manquons de renseignements précis sur l'influence relative de la plupart d'entre eux. Quels que soient, en général, ceux qu'on emploie, il faut insister longtemps sur leur usage, et si le praticien croit devoir s'aider à la fois des moyens internes et des moyens externes, qu'il se garde, comme le fait observer judicieusement M. Cazenave, d'employer des moyens opposés les uns aux autres, comme, par exemple, des cataplasmes émollients et les eaux de Baréges.

Si l'eczéma s'est développé sous l'influence d'une cause extérieure, il suffit souvent d'éloigner la cause pour dissiper le mal. Parfois alors il faut engager les malades à renoncer à leur profession.

Selon le siége qu'il occupe, l'eczéma réclame aussi quelques indications particulières : dans l'*eczéma des oreilles*, il faut parfois *introduire un peu d'éponge préparée* pour prévenir l'oblitération du conduit. En outre il est bon, en pareil cas, d'employer quelques moyens particuliers. *A l'état aigu*, d'après M. Chausit (2), il faut prescrire les *injections émollientes* ou *narcotiques; à l'état chronique*, des *injections astringentes*, *savonneuses*, des *lotions avec de la mixture de Goulard*, modifiée, ainsi qu'il suit, par M. Cazenave :

℞ Bichlorure de mercure....	0,10 gram.	Lait d'amandes..........	250 gram.
Chlorure d'ammonium....	0,20 gram.		

F. s. a.

Quand il y a complication d'hypertrophie rebelle, on emploiera avec avantage les *douches de vapeur aqueuse*, dirigées vers l'oreille.

Dans l'*eczéma du cuir chevelu*, il est bon de *couper les cheveux* et d'*entretenir dans cette partie une grande propreté*. Les *douches de vapeur* sont spécialement conseillées par M. Cazenave dans l'*eczéma du scrotum*.

(1) *The London med. and phys. Journ.*, mai 1830.
(2) *Loc. cit.*, p. 83.

Un *régime* d'autant plus *sévère* que l'eczéma offrira plus de signes d'acuité, complétera le traitement ; on y joindra le *repos* de la partie malade ; les fatigues, les excès de toute espèce seront soigneusement évités.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Eczéma aigu.* Émissions sanguines ; bains amidonnés, gélatineux, alcalins ; lotions émollientes narcotiques ; cataplasmes ; repos ; tisane acidule.

2° *Eczéma chronique.* Bains simples, de vapeur, sulfureux, alcalins ; lotions acidules, astringentes ; vésicatoire, cautérisation ; pommades ; frictions prolongées ; collodion. *Moyens internes.* Cantharides, arsenic ; purgatifs, sulfureux, salins. *Régime.*

ARTICLE II.

HERPÈS.

Fréquemment employée par les auteurs qui se sont livrés à l'étude des maladies de la peau, la dénomination d'*herpès* a été appliquée jusqu'à Willan à des affections diverses ; mais depuis les travaux du pathologiste anglais, on l'a réservée à un groupe des affections vésiculeuses, et les auteurs modernes, tels que Biett, MM. Rayer, Cazenave et Gibert, ont tous adopté cette classification.

De nombreuses divisions ont été introduites dans l'histoire de l'herpès : les unes sont fondées sur le siége, les autres sur la forme de l'éruption. Ainsi on a décrit un *herpes labialis*, un *herpes præputialis*, un *herpès de la vulve* (Legendre (1)), un *herpès iris*, un *herpès phlycténoïde*, un *herpès zona*, un *herpès tonsurant*, un *herpes circinatus.* Embrassant dans une même description l'étude générale de l'herpès, j'indiquerai, chemin faisant, ce que chacune des variétés offre de particulier à considérer. Cette manière d'exposer l'histoire de la maladie m'épargnera des longueurs et des répétitions.

La division en *herpès aigu* et *herpès chronique* n'étant applicable qu'à quelques formes de cette éruption, je me contenterai de la rappeler quand il s'agira de ses formes seulement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*herpès* une éruption de vésicules rassemblées en groupes sur une base enflammée, et disposées de manière à occuper une ou plusieurs surfaces bien circonscrites et séparées entre elles par des intervalles où la peau est restée saine.

Les différentes dénominations que les auteurs ont données à l'herpès viennent surtout ou de sa forme ou du siége qu'il occupe : tels sont l'*herpès zona* ou *zoster*, l'*herpes circinatus*, *iris*, etc. L'herpès est la dartre *phlycténoïde d'Alibert*, etc., etc. Je ferai connaître plus loin les autres noms sous lesquels cette affection a été indiquée.

A l'état aigu, l'herpès est une maladie assez fréquente, et surtout quand elle se présente sous la forme qui a reçu le nom de *zona :* les formes chroniques sont moins communes, et quelques unes d'entre elles sont assez rares.

(1) *Arch. gén. de méd.*, août 1853.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'herpès peut se développer à tout *âge*, mais on le rencontre plus souvent dans la jeunesse et dans l'âge adulte. La forme à laquelle M. Cazenave a donné le nom d'*herpès tonsurant* ne se montre guère après quinze ans.

Les *femmes*, les individus blonds à peau fine et blanche, à *tempérament nerveux*, sont, d'après les auteurs, prédisposés aux diverses espèces d'herpès. C'est *en été*, comme l'ont fait remarquer MM. Rayer et Cazenave, qu'on les rencontre le plus souvent.

2° Causes occasionnelles.

Dans un grand nombre de cas, l'herpès se montre sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause. Souvent on a attribué son apparition à l'influence du *froid*, à l'*insolation*, aux *changements de saison*. Dans quelques formes, l'affection a pour cause le contact de certaines *matières irritantes* : par exemple, le mucus du coryza sur la lèvre supérieure dans l'*herpes labialis*, de certains écoulements chroniques du vagin dans l'*herpes præputialis*, les cosmétiques dans l'*herpes circinatus*.

On a vu l'herpès survenir à la suite d'une *émotion morale* vive, de fatigues excessives, de longues veilles, après un *mouvement fébrile* plus ou moins longtemps prolongé. En pareil cas, c'est principalement l'*herpes labialis* qui se produit.

L'herpès *n'est pas contagieux ;* une de ses formes paraît seule avoir cette propriété : c'est l'*herpès tonsurant*, sur lequel je reviendrai plus loin avec quelques détails.

§ III. — Symptômes.

1° *Description des symptômes de l'herpès en général.* Le plus souvent, sans qu'il ait existé aucun symptôme général, on voit apparaître sur les parties qui vont être le siége de l'éruption une foule de *petits points rouges* réunis et agglomérés sur un espace très limité. En même temps le malade y éprouve une *sensation de cuisson* souvent très vive, quelquefois une sorte de *brûlure*. Ces phénomènes, plus sensibles dans l'*herpès zona*, précèdent quelquefois l'éruption de quelques jours.

Le lendemain, on trouve sur une surface rouge, enflammée, une foule de *petites vésicules* pleines d'un *liquide séreux*, résistantes, agglomérées, présentant le volume d'un grain de millet (*herpes miliaris*), et, dans quelques points, ayant celui d'un petit pois. Leur forme est globuleuse. Elles sont dures, transparentes, d'une teinte opaline, argentée. Les *groupes*, entourés comme d'une aréole érythémateuse par la rougeur qui les dépasse, sont ordinairement composés de quinze à cinquante vésicules. Celles-ci se flétrissent et s'affaissent du quatrième au cinquième jour ; le *liquide qu'elles renferment devient purulent*, puis se dessèche en *croûtes brunâtres* qui ne tardent pas à tomber. Dans quelques points il est résorbé, et l'éruption se termine par une légère desquammation. « J'ai vu, dit M. Cazenave, surtout chez les vieillards, des *ulcérations superficielles* succéder à des vésicules molles, mal distendues par un liquide sanieux. »

Quand la maladie a disparu, on trouve encore à sa place des *empreintes rougeâtres* qui peuvent persister au delà d'un mois. On voit de même, dans beaucoup de cas, des *douleurs* très vives survivre à l'éruption cutanée.

Cette éruption, bornée parfois à une plaque vésiculeuse dont l'étendue varie depuis la largeur d'un écu jusqu'à celle de la paume de la main, se compose le plus souvent de plusieurs groupes occupant plusieurs points à la fois, soit qu'elle les ait envahis simultanément, soit qu'elle les ait affectés successivement.

Telle est la description de la forme d'herpès qu'on peut regarder comme le type du genre. Passons maintenant en revue les diverses *variétés*.

2° *Herpès phlycténoïde*. Il est assez souvent précédé ou accompagné au début de quelques *phénomènes généraux*. Ceux-ci ne consistent le plus souvent qu'en un peu d'anorexie et de soif, et en un léger mouvement fébrile ; ils se dissipent promptement. L'herpès phlycténoïde qui, ainsi que son nom l'indique, est caractérisé par des vésicules assez grosses pour ressembler à des phlyctènes, a une durée de deux à trois septénaires. Il peut occuper toutes les régions du corps ; on le rencontre surtout aux joues, à la poitrine, aux bras.

3° *Herpes labialis*. Cette variété, qui ne mérite pas une description à part, nous offre, sur un point circonscrit de l'ouverture buccale, les phénomènes d'éruption que nous venons de signaler. Tout ce qu'il est nécessaire d'ajouter, c'est que le point de la lèvre où doit paraître le mal devient d'abord le siége d'un sentiment de *chaleur âcre* et brûlante, suivi bientôt d'un *gonflement* assez marqué. La surface est rouge et luisante, et ne tarde pas à se couvrir des vésicules caractéristiques. Celles-ci n'occupent le plus souvent qu'une partie restreinte de l'une des lèvres, et ordinairement le point où la muqueuse se confond avec la peau. L'*herpes labialis* parcourt rapidement sa marche ; le liquide des vésicules se concrète en *croûtes brunes* qui tombent du septième au huitième jour. Si on les arrache, il s'en forme de nouvelles qui persistent plus longtemps.

4° *Herpes præputialis*. Biett a le premier appelé l'attention sur cette variété de l'herpès, dans laquelle il a distingué deux états bien tranchés : l'état aigu et l'état chronique. Les détails suivants, que j'emprunte à M. Cazenave, qui a le mieux exposé les idées de Biett, feront connaître l'importance de cette distinction.

A l'*état aigu*, l'éruption s'annonce par la présence de quelques *taches* rouges, d'étendue variable, dépassant rarement la grandeur d'une pièce de 1 franc. Ces taches se recouvrent bientôt de petites *vésicules* globuleuses, transparentes. *Si l'éruption a pour siége la face externe du prépuce*, l'inflammation est peu considérable, le liquide des vésicules se résorbe, il y a une légère desquammation ; quelquefois il se forme de petites croûtes brunes qui tombent rapidement, et l'affection se termine dans l'espace d'un septénaire. *Si, au contraire, l'herpès se développe à la face interne du prépuce*, l'inflammation est plus forte, les plaques vésiculeuses sont d'un rouge tellement vif, que les vésicules, en raison de leur transparence, paraissent rouges elles-mêmes ; elles sont d'abord très petites, mais grossissent rapidement et se réunissent entre elles par petits groupes confluents. Quelquefois la résolution a lieu, mais le plus souvent les vésicules se déchirent et laissent après elles de petites *érosions* superficielles qui conservent la forme arrondie des vésicules, et disparaissent rapidement sans laisser de traces. Un peu de démangeaison au début, une cuisson légère quand il y a des érosions, tels sont les

seuls symptômes qui accompagnent l'état aigu, dont la durée ne dépasse pas sept ou huit jours.

A l'*état chronique*, l'*herpes præputialis*, maladie souvent méconnue, consiste en une *succession d'éruptions* qui apparaissent à des intervalles de plus en plus rapprochés. L'inflammation augmentant graduellement, finit par *gagner les couches du tissu cellulaire sous-muqueux*. Le prépuce devient de plus en plus rude, plus difficile à se replier sur lui-même; son ouverture se transforme en un anneau épais qui *se rétrécit* chaque jour, et permet à peine le passage de l'urine. Il peut aussi arriver que l'orifice du prépuce se resserre de telle sorte qu'*il ne corresponde plus exactement au méat urinaire;* alors l'urine n'est plus chassée complétement, et chaque émission occasionne de la douleur, de la cuisson, des démangeaisons vives. Dans ces conditions, l'extrémité du prépuce est froncée. Les efforts que l'on fait pour découvrir le gland donnent lieu à des tractions et à des *déchirures douloureuses*. M. Cazenave a vu chez un malade atteint de cette forme d'herpès, et bien que le rétrécissement fût peu avancé, un paraphimosis grave, déterminé par le renversement forcé du prépuce. Il est facile d'apprécier les inconvénients de toute sorte que peuvent entraîner de pareilles conditions; aussi tous les malades observés par Biett et M. Cazenave étaient-ils tombés dans la tristesse et le découragement.

5° *Herpès zona*. Longtemps décrit à part et sous des noms différents, tels que: *feu de saint Antoine*, *feu sacré*, *ignis sacer*, *herpès phlycténoïde en zone*, etc., l'herpès *zona* ou *zoster* entre parfaitement, par ses caractères fondamentaux, dans le type que j'ai décrit sous le nom d'*herpès phlycténoïde;* c'est à tort que certains auteurs en ont voulu faire une variété de l'érysipèle, sous le nom d'*érysipèle bulleux*. Sa fréquence et quelques particularités de son développement ont une certaine importance, sans toutefois exiger une description spéciale; elles seront suffisamment exposées dans les détails suivants.

La *disposition en demi-ceinture* qui lui a valu le nom de *zona*, est le caractère saillant de l'éruption. En général, cette forme a son siége au tronc, le plus souvent à la base du thorax; on la rencontre aussi au cou, à la face, rarement aux membres seulement; elle n'affecte jamais qu'un seul côté à la fois. Le zona paraît aussi se montrer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Il a toujours la forme d'une demi-ceinture, constituée, non par une suite non interrompue de vésicules, mais par une *série de groupes vésiculeux*, séparés par des intervalles plus ou moins considérables, où la peau est restée saine. Ces groupes, ordinairement assez rapprochés, peuvent quelquefois être assez éloignés les uns des autres, de telle sorte, par exemple, que la demi-zone soit formée par trois ou quatre plaques.

Une circonstance qui a frappé tous les observateurs, c'est la *douleur* locale qui se fait sentir dans chaque groupe vésiculeux, qui lui survit et persiste parfois très longtemps. C'est surtout cette dernière particularité qui a attiré l'attention; elle avait été signalée par Pinel (1) et M. Louis (2), qui ont rapporté des cas de douleurs persistant plusieurs années après la disparition de l'éruption. Les douleurs

(1) *Nosograph. philosoph.*; art. Zona.
(2) *Journ. hebdomad. de méd.*, t. VI, p. 361.

ont généralement une intensité considérable, et affectent la forme des *douleurs névralgiques*. Elles n'appartiennent pas exclusivement au zona. On les retrouve quelquefois dans la forme phlycténoïde.

En ajoutant que parmi les plaques vésiculeuses, celles qui occupent les extrémités de la demi-zone sont ordinairement plus largement développées, et que l'éruption s'accompagne presque toujours de symptômes généraux, nous aurons dit tout ce qu'il y a de particulier à connaître sur cette forme de l'herpès.

6° *Herpes circinatus.* C'est une variété de forme qui a pour caractère particulier de se présenter sous l'aspect de *cercles complets* plus ou moins étendus, *dont le centre est évidé et ordinairement intact.* Les *bords*, rouges, enflammés, se recouvrent de *vésicules globuleuses* extrêmement petites, auxquelles succèdent de petites *squames* si minces, si ténues quelquefois, qu'elles constituent une espèce d'état farineux.

L'herpès circiné s'annonce par des *points rouges* de la largeur de 1 franc, souvent moindres, rarement d'un diamètre de 5 à 6 centimètres; ces points ont toujours l'apparence d'un *disque bien arrondi;* au début ce caractère est moins sensible, surtout quand le point rouge est très borné.

Dans quelques cas, les *disques* vont en s'élargissant, et acquièrent ainsi une étendue assez considérable; ils sont alors peu nombreux; il peut même n'y en avoir qu'un seul. D'autres fois ils sont en grand nombre, se rapprochent, se confondent de manière à ne plus présenter qu'une seule plaque farineuse qu'on pourrait prendre pour un eczéma squameux, si, en cherchant à la circonférence de l'éruption, on ne retrouvait des portions de cercle qui rappellent le caractère de la maladie. Cette variété a été décrite avec beaucoup de soin par M. Cazenave, qui l'a appelée *herpès squameux.*

L'herpès circiné a un *siége* de prédilection : le cou et la face sont les points où on le rencontre le plus fréquemment. Cette circonstance a de l'importance pour le diagnostic.

La *durée* de cette maladie, qui n'est ordinairement que de huit à dix jours, lorsque l'éruption n'est constituée que par une seule plaque, peut aller au delà de deux à trois septénaires quand il se fait plusieurs éruptions successives de disques vésiculeux.

7° *Herpès iris.* Introduite pour la première fois par Bateman dans le genre herpès, cette variété très rare, mais curieuse par son aspect singulier, est caractérisée par une plaque que forme un petit groupe vésiculeux entouré de *quatre anneaux érythémateux de nuances différentes.* Au début, c'est une petite tache qui bientôt se sépare en petits anneaux dont j'indiquerai tout à l'heure les couleurs diverses.

Les vésicules apparaissent et se flétrissent en deux ou trois jours, et vers le quatrième on trouve des nuances distinctes disposées en quatre cercles concentriques, comme les couleurs d'une cocarde. La *première*, en partant du centre, est d'un *rouge brun;* la *seconde*, d'un *blanc jaunâtre;* la *troisième*, d'un *rouge foncé;* la *quatrième*, d'une teinte *rosée* qui va se perdant et se confondant avec la coloration de la peau voisine. On ne trouve pas toujours cette variété de couleurs aussi bien prononcée.

L'herpès iris, qu'on rencontre surtout au front, aux mains, aux malléoles, en

un mot à tous les points saillants, se termine vers le dixième ou douzième jour après résorption ou après une desquamation légère.

8° *Herpès tonsurant.* Sous ce titre, M. Cazenave a désigné une affection jusqu'alors mal connue (1), décrite sous les noms de *ringworm* par les auteurs anglais, de *porrigo scutulata*, de *teigne tondante* par M. Mahon (2), qui en a bien exposé les caractères.

Son *siége* constant dans le cuir chevelu, sa nature *contagieuse*, l'ont fait confondre avec les teignes ou *favus;* mais une étude attentive de sa marche et de son développement a conduit M. Cazenave à le faire rentrer dans le genre herpès. On le reconnaîtra aux traits suivants, que j'emprunte à l'excellente description que nous en a donnée cet auteur.

« L'herpès tonsurant est caractérisé par des *plaques* ordinairement bien arrondies qui tendent à s'agrandir sans cesse, qui sont couvertes au début de *vésicules très petites*, qui se reproduisent en suivant un mouvement d'extension excentrique et continu, et auxquelles succède une *desquamation* différente de celle de l'herpès circiné en ce qu'elle existe au centre comme à la circonférence. Ces plaques présentent secondairement une surface inégale, sèche, parsemée d'aspérités sensibles à la vue et au toucher, recouverte de *cheveux rompus très également à 3 ou 4 millimètres du niveau de l'épiderme*, de manière à former une véritable *tonsure*. »

Les *plaques* offrent une étendue qui varie de celle d'une pièce de 1 franc à celle de 5 francs; le plus souvent il n'y en a qu'une : quelquefois plusieurs se confondent par leur circonférence et forment une grande plaque. La *surface tonsurée* est sèche, sans rougeur, d'une teinte gris bleuâtre; si on la gratte, fait remarquer M. Mahon, elle se recouvre d'une poussière fine, très blanche, qu'on peut comparer à de la farine très ténue. Il n'y a presque pas de démangeaison.

Les plaques peuvent occuper tous les points du cuir chevelu, mais elles semblent avoir une préférence marquée pour les parties latérales et postérieure de la tête. Une circonstance remarquable, indiquée par M. Cazenave, c'est que quatre fois sur cinq, les jeunes malades qui se sont présentés à son observation, avec un herpès tonsurant, portaient soit au cou, soit au front, des plaques d'herpès circiné.

Quand l'herpès tonsurant touche à la guérison, la plaque perd peu à peu son aspect chagriné; la surface rugueuse s'aplanit, la desquamation cesse, les cheveux repoussent, et tout revient à l'état primitif. *Ce n'est jamais qu'après plusieurs mois, quelquefois des années, qu'on arrive à ce résultat.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la plupart de ces formes, l'herpès a une *marche* rapide, et la période de décroissance commence du sixième au huitième jour. Telle est la manière dont les choses se passent dans les *herpès phlycténoïde*, *labialis*, *iris*. Quelquefois la maladie se prolonge par suite de l'éruption successive de nouveaux groupes vésiculeux; c'est ce qu'on observe dans le *zona* et dans l'*herpes circinatus*. Une variété de l'*herpes præputialis* passe facilement à l'état *chronique;* et dès l'origine l'*herpès tonsurant* affecte cette forme, qu'il conserve jusqu'à la fin.

(1) *Traité des malad. du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 190.
(2) *Rech. sur le siége et la nature des teignes.* Paris, 1829, p. 133.

La *durée* de l'herpès varie d'un à deux septénaires; elle se prolonge rarement au delà. L'*herpes præputialis* peut durer fort longtemps, et c'est, comme nous venons de le voir, un des caractères de l'*herpès tonsurant*, de persister plusieurs mois et même des années.

Une guérison rapide, marquée par la disparition de tous les symptômes physiques de l'éruption, est la *terminaison* des diverses formes de l'herpès; il faut en excepter l'*herpes præputialis* et l'*herpès tonsurant*, qui ont de la tendance à se prolonger indéfiniment.

§ V. — Lésions anatomiques.

« En ouvrant les vésicules à l'aide d'une lancette, on reconnaît, dit M. Rayer, qu'indépendamment de la sérosité qu'elles contiennent, il existe dans la plupart d'entre elles une petite fausse membrane très adhérente à la surface du réseau vasculaire de la peau. Ce réseau, d'un rouge vif, surmonté de petites granulations formées par les papilles, offre parfois de petits points d'un rouge violacé, surtout dans les vésicules qui contiennent de la sérosité sanguinolente. Quand les vésicules sont devenues purulentes, la pseudo-membrane n'existe pas ou est moins apparente. »

Dans un cas où le malade succomba, M. Rayer constata que les vaisseaux qui pénètrent à travers les aréoles du derme étaient très injectés dans les points correspondants à ceux où les vésicules s'étaient développées.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Si l'on se rappelle que l'herpès a pour caractères propres une éruption de vésicules rassemblées en groupes, et que ces groupes, formés sur une surface enflammée, sont séparés par des espaces où la peau est restée saine, on ne le confondra pas avec l'*eczéma*. Dans cette dernière maladie, en effet, les vésicules ne sont ordinairement pas disposées en groupes, ou, si elles le sont, elles forment des groupes irréguliers. En outre, dans l'eczéma, les vésicules, petites et confluentes ne ressemblent pas aux vésicules globuleuses et transparentes de l'herpès, vésicules toujours bien isolées dans leur agglomération.

On distinguera du *pemphigus* les vésicules isolées et volumineuses de l'herpès phlycténoïde, en se rappelant que dans le pemphigus ce sont de véritables bulles parfois rapprochées, mais jamais agglomérées en groupes; que ces bulles sont plus larges et plus rondes; qu'elles ont une marche plus lente, et renferment un liquide limpide qui se précipite à leur partie déclive. Mais il est certaines formes de l'herpès, ainsi que nous l'avons vu dans l'étude des symptômes, qui s'éloignent plus ou moins du type générique, et qu'on pourrait confondre avec d'autres affections cutanées qui s'en rapprochent par les apparences extérieures; c'est en indiquant leurs caractères distinctifs que nous compléterons le diagnostic de l'herpès.

En raison de son siége, l'*herpes præputialis* a été pris pour une *affection syphilitique*, et cette erreur a conduit à le combattre par des cautérisations inutiles, sinon dangereuses. A la *période vésiculeuse*, l'herpès sera reconnu par le nombre plus considérable des vésicules, par la moins grande rapidité avec laquelle elles se transforment en ulcérations dans les cas rares où il en est ainsi, et par le peu de

profondeur de l'inflammation. On sait, en effet, que dans le *chancre* l'inflammation occupe presque toujours une épaisseur assez considérable de la peau.

L'herpès est-il à l'*état squameux*, les squames sont minces, aplaties, bien différentes des croûtes noirâtres et épaisses de la syphilis. Les érosions secondaires qui parfois accompagnent l'*herpès præputialis*, passagères et superficielles, seront toujours faciles à distinguer des chancres, dont les bords, le fond, la forme, etc., ont des caractères opposés (1).

Le *zona* diffère de l'*érysipèle bulleux* en ce que, dans celui-ci, les phlyctènes qui compliquent l'exanthème sont éparses, jetées çà et là sur des surfaces rouges, largement et irrégulièrement répandues, tandis que les vésicules du zona sont réunies en groupes qui, reposant sur une surface moins étendue, sont disposés en demi-zone et séparés entre eux par des espaces où la peau est restée saine. La douleur qui survit à l'éruption est aussi un caractère qu'on ne retrouve pas dans l'érysipèle.

Quand, dans l'*herpès circiné*, les vésicules sont flétries et remplacées par de petites squames, on pourrait prendre l'éruption pour un disque de *lèpre vulgaire* (*lepra vulgaris*); mais, dans cette dernière, le cercle est constitué par un anneau papuleux, tandis que, dans l'herpès, la circonférence n'offre pas de saillie; toute la surface de l'éruption est lisse et unie; ensuite les squames dures, argentées, chatoyantes de la lèpre, sont si différentes des petits débris squameux gris et friables de l'herpès, que toute erreur est facile à éviter. On se rappellera aussi qu'il existe souvent, aux limites de l'herpès, quelques vésicules, et qu'il est rare que la lèpre vulgaire soit constituée par un seul anneau.

Le *lichen circumscriptus*, dont le cercle est plein, sans point central où la peau soit saine, dont la surface est raboteuse et comme grenue, se distinguera toujours, à ces traits, du cercle squameux, uni et régulier de l'herpès circiné.

Quant au *diagnostic* de l'*herpès tonsurant*, il sera mieux placé à l'article *Favus*, où j'exposerai avec détail les caractères différentiels des affections qui siégent au cuir chevelu.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'herpès phlycténoïde et de l'eczéma aigu.*

HERPÈS PHLYCTÉNOÏDE.	ECZÉMA AIGU.
Vésicules disposées en *groupes*; globuleuses, transparentes. Sur une *base enflammée*.	Vésicules *irrégulièrement agglomérées*, petites. Sur une *base non enflammée*.

2° *Signes distinctifs de l'herpès phlycténoïde et du pemphigus.*

HERPÈS PHLYCTÉNOÏDE.	PEMPHIGUS.
Vésicules en *groupes*, *globuleuses*. Développement *rapide*; liquide *bientôt trouble*.	*Bulles isolées*, *plus larges*, plus rondes. Marche *plus lente*; liquide *limpide*, qui se précipite à la partie déclive.

(1) Voy. article *Chancre*.

3° *Signes distinctifs du zona et de l'érysipèle bulleux.*

ZONA.	ÉRYSIPÈLE BULLEUX.
Vésicules sur un *fond rouge limité.*	*Phlyctènes* sur une *large surface enflammée.*
En *groupes* et en *demi-zone*, la *peau* restant *saine dans l'intervalle.*	*Isolées* et *répandues çà et là* sur le *fond rouge.*
Douleur *persistant parfois longtemps après la disparition de l'éruption.*	Douleur qui *cesse avec l'exanthème.*

4° *Signes distinctifs de l'herpès circiné et de la lèpre vulgaire.*

HERPÈS CIRCINÉ.	LÈPRE VULGAIRE.
Cercle *sans saillie.*	Cercle *saillant*, papuleux.
Surface *lisse*, unie.	Surface *inégale.*
Squames légères, en débris ; *grises*, *friables.*	*Squames* chatoyantes, *argentées*, *dures.*
Vésicules aux limites.	*Pas de vésicules.*
Un seul disque herpétique.	*Rarement* un cercle *unique.*

5° *Signes distinctifs de l'herpès circiné et du lichen circumscriptus.*

HERPÈS CIRCINÉ.	LICHEN CIRCUMSCRIPTUS.
Cercle ayant le *centre sain.*	Cercle *plein.*
Surface *unie.*	Surface *raboteuse.*
Disque *régulier.*	Disque *irrégulier* : groupes de *papules.*

Pronostic. Dans la plupart de ses formes, l'herpès est une maladie qui n'a rien de grave : il parcourt rapidement ses périodes sans porter une atteinte profonde à la santé générale. L'*herpes præputialis* chronique a pour effet, par sa persistance et par les inconvénients qu'il entraîne, de plonger souvent les malades dans une tristesse et un découragement qui font de cette affection une de celles qui méritent le plus d'attirer l'attention du médecin. Quant à l'*herpès tonsurant*, il a une longue durée, et il est difficile à guérir ; en outre, sa propriété contagieuse lui donne un caractère de gravité qu'on ne saurait trop se rappeler lorsqu'on est appelé dans des maisons où des enfants sont réunis en plus ou moins grand nombre.

§ VII. — Traitement.

Le peu de gravité qu'offre l'herpès, la difficulté bien connue de l'empêcher de parcourir régulièremen ses périodes dans ses formes aiguës, font que le traitement de cette maladie se résume dans quelques détails, dont les plus importants sont ceux qui se rapportent à certaines variétés remarquables par leur longue durée.

1° *Traitement de l'herpès à l'état aigu.* Quand la maladie est légère, que l'éruption se fait sur une surface peu étendue, et que les symptômes généraux sont nuls ou peu marqués, le *repos*, l'usage d'une *tisane rafraîchissante*, telle que l'eau d'orge, la limonade, une *diète légère* suffisent, et la guérison est obtenue vers la fin du premier septénaire.

Si, au contraire, les groupes vésiculeux se développent en grand nombre et s'accompagnent d'un mouvement fébrile prononcé avec une douleur violente dans les points occupés par l'éruption, comme cela a lieu parfois dans l'*herpès zona*, quelques médecins ont conseillé les *émissions sanguines générales et locales.* Si, malgré

l'emploi de ces moyens, ces premiers symptômes persistent, M. Rayer revient volontiers à la saignée. « Lorsque, dit-il, les malades se refusaient à l'emploi de la saignée, je faisais appliquer une guirlande de sangsues vers les points les plus douloureux, et je prescrivais une pilule ou une potion *narcotique* pour le soir. Le prompt soulagement qu'on obtient ainsi se fait toujours attendre plusieurs jours lorsqu'on se borne à une méthode purement expectante. »

Les *purgatifs*, rejetés formellement par Bateman, les *vomitifs*, administrés sans succès par M. Rayer, sont maintenant bannis du traitement de l'herpès. Les faits ayant prouvé que les idées théoriques qui faisaient croire à l'existence des saburres, de l'embarras gastrique, n'ont réellement pas de fondement, on a dû abandonner l'usage de ces moyens.

Aujourd'hui la médication topique, presque réduite à quelques précautions pour la plupart des formes de l'herpès, ne reçoit d'application importante que dans quelques variétés. C'est par là que nous finirons d'exposer ce qu'il importe de savoir sur le traitement d'une affection où l'art n'a, en quelque sorte, besoin d'intervenir qu'exceptionnellement.

Ce que M. Cazenave dit des effets des topiques à l'occasion du zona donne parfaitement une idée de l'emploi qu'on peut faire de ces moyens dans les autres formes aiguës de l'herpès. Je ne puis mieux faire que de transcrire ce passage, dont le lecteur fera facilement une judicieuse application aux divers cas qui se présenteront à son observation.

« Il faut, dit M. Cazenave, être, dans le *zona*, très sobre d'applications topiques, surtout de celles que semble indiquer l'acuité même de l'éruption. Ainsi on pourrait être tenté de combattre l'inflammation par des cataplasmes, par des lotions émollientes ; il faut, au contraire, rejeter ces moyens, qui ont pour effet de macérer les vésicules, d'en faciliter le déchirement et de préparer ainsi au malade toutes les souffrances qui résultent de cet accident.

» Parmi les topiques dont l'emploi peut être utile, il faut citer l'*eau saturnine* employée en lotions, puis le *cérat quand les vésicules se sont ulcérées ;* mais il en est un bien simple que j'emploie depuis bien des années et qui m'a toujours donné de très bons résultats. Pour empêcher ou au moins atténuer autant que possible le déchirement des vésicules, je fais *oindre les points malades d'un peu d'huile douce*, puis je fais *saupoudrer avec de l'amidon sec.* Il en résulte une sorte d'enduit inerte qui abrite la vésicule et lui permet de suivre toutes ses phases sans être exposée à une cause de rupture ; au contraire, elle se flétrit très rapidement, se sèche sur place, et la maladie se termine par résolution. »

Cette méthode est adoptée généralement aujourd'hui. En ajoutant qu'on emploie avec avantage quelques *lotions d'eau fraîche* ou additionnée de quelques gouttes d'*acétate de plomb liquide* dans l'*herpès labialis*, des injections mucilagineuses émollientes pratiquées entre le prépuce et le gland dans l'*herpes præputialis*, quelques bains tièdes vers la fin de l'*herpes phlycténoïde*, j'aurai indiqué les principales applications topiques qui conviennent dans les formes aiguës de l'herpès.

Collodion. J'ajoute seulement que M. Briquet (1) assure que le *collodion* appliqué de bonne heure sur les plaques du zona arrête immédiatement leur marche

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1850.

et font cesser toute douleur. J'ai employé plusieurs fois cette médication, mais le succès n'a pas été aussi complet. Les vésicules ont acquis, il est vrai, moins d'élévation, mais souvent elles se sont étendues en largeur. Les douleurs ont été calmées, mais non complétement dissipées. Cependant, il n'est pas douteux que le collodion, surtout quand on y ajoute 1 *gramme d'huile de ricin pour* 30 *grammes*, ce qui l'empêche de s'écailler, ne soit un très bon moyen protecteur pour les vésicules.

L'*herpès circiné* est combattu avec avantage, selon Bateman, par les *topiques astringents et légèrement stimulants.* M. Rayer préconise la *cautérisation légère avec le nitrate d'argent.* Ce moyen est rejeté par M. Cazenave, qui emploie avec avantage les *lotions légèrement acides*, *alcalines*, *alumineuses.* Pour hâter la résolution des plaques, ce dernier auteur conseille les onctions avec la pommade suivante :

℞ Calomel................	2 gram.	Axonge.................	30 gram.

Mêlez.

La *cautérisation* des vésicules, pratiquée dans le but d'en abréger la durée et de diminuer les douleurs, est un moyen qui, dans beaucoup de cas, a l'inconvénient d'exaspérer et d'aggraver les symptômes. Elle est réservée, par beaucoup de médecins qui en redoutent l'usage, à quelques cas exceptionnels; mais M. Rayer, qui l'a tentée dans le zona, est arrivé à conclure que si, après avoir ouvert et épuisé les vésicules, on touche légèrement leur intérieur avec le nitrate d'argent, de manière à produire seulement une petite croûte très superficielle, comme cela se pratique souvent pour les aphthes, la durée du zona est diminuée; que la cautérisation, qu'on peut négliger dans les zonas légers et discrets, doit être employée toutes les fois que des excavations et des escarres sont à redouter sur un ou plusieurs groupes, au tronc, au visage, etc., etc.

2° *Traitement de l'herpès à l'état chronique.* C'est dans les *formes chroniques* de l'herpès que les topiques sont le plus fréquemment mis en usage. Ainsi, dans quelques cas où l'*herpès phlycténoïde* se prolonge et résiste aux moyens ordinaires, M. Cazenave prescrit les *résolutifs*, l'emploi de la *pommade au calomel*, et même le *vésicatoire* sur le groupe vésiculeux. Dans l'*herpes præputialis chronique*, on conseille les *lotions alcalines*, les *bains alcalins et sulfureux.*

M, Cazenave dit s'être bien trouvé de l'emploi d'*onctions* faites avec l'*oxyde de zinc* ou le *précipité blanc* à la dose de 1 à 2 grammes pour 20 à 30 grammes d'axonge. Il joint à ces moyens, comme traitement interne, soit les *pilules de Plummer*, soit les *eaux d'Enghien.*

Les pilules de Plummer sont composées ainsi qu'il suit :

℞ Proto-chlorure de mercure Deuto-sulfure d'antimoine.	ââ par. égal.	Suc de réglisse................	Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes.

Quand il existe des excoriations entre le gland et le prépuce, on introduit dans cette région une petite quantité de *charpie fine*, qu'on humecte de temps à autre d'*eau fraîche* ou *saturnée.* Un petit *anneau d'éponge préparée*, introduit entre le gland et le prépuce, sera quelquefois nécessaire pour empêcher le resserrement pro-

gressif du prépuce et prévenir l'opération du phimosis. Biett et M. Cazenave ont employé ce moyen avec succès.

M. le docteur Wilson (1) a obtenu de très bons effets de l'emploi du *collodion* étendu sur les surfaces malades avec un pinceau.

3° *Traitement de l'herpès tonsurant.* Nous l'emprunterons à M. Cazenave, qui a attiré l'attention d'une manière toute spéciale sur cette espèce d'éruption et qui a consigné dans ses *Leçons cliniques* les résultats de son expérience.

Il importe avant tout d'*isoler les enfants*, ou du moins d'*empêcher tout contact* qui pourrait être dangereux. Quand on en vient à la médication locale, il faut se défier des applications irritantes, telles que les pommades trop actives, les cautérisations, le vésicatoire *loco dolenti;* M. Cazenave les a souvent vus convertir l'herpès en un véritable *impétigo*, et déterminer une inflammation érythémateuse des parties voisines, sans aucune modification dans la marche et la durée de l'affection.

Il a employé, avec des résultats variables, mais souvent avantageux, les onctions avec les *pommades au calomel*, au *sous-carbonate de potasse*, au *sous-borate de soude*, à l'*oxyde rouge de mercure*, dans la proportion de 1 gramme pour 20 à 30 grammes d'axonge; les lotions avec une *infusion de roses rouges*, avec de l'*eau de savon*, avec le *carbonate de potasse ou de soude*, etc.

Le traitement qui a donné à M. Cazenave les résultats les plus prompts et les plus sûrs consiste :

1° A faire le soir, au moment du coucher, des onctions avec la pommade suivante :

℞ Tannin.................	1 gram.	Eau....................	Q. s.
Axonge.................	30 gram.		

2° A faire laver, le matin, la partie avec une des *lotions alcalines* suivantes :

℞ Eau................	500 gram.	Carbonate de potasse.....	2 à 3 gram.

ou bien :

Sous-borate de soude	2 à 3 gram.	Eau..................	500 gram.

M. Cazenave (2) a également conseillé la pommade suivante :

℞ Soufre lavé..............	4 gram.	Cérat de Galien.........	30 gram.
Huile d'amandes douces...	2 gram.		

Frictions tous les soirs. Cette formule convient surtout pour les tout jeunes enfants.

Dans les cas invétérés qui se présentent chez des individus moins irritables M. Cazenave préfère le sulfure de chaux.

℞ Sulfure de chaux......	2 à 4 gram.	Axonge.................	30 gram.

On commence par 2 grammes, et pour peu qu'il y ait de l'irritation locale on ne fait que deux frictions par semaine.

Avec ces diverses pommades, on fait faire le soir, au moment de se coucher, des onctions légères sur les plaques malades. Le matin on lave avec un peu d'eau de

(1) *The Lancet* et *Répert. de Pharm.*, janvier 1849.
(2) *Ann. des malad. de la peau* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 février 1852.

savon tiède, ou avec une solution légèrement alcaline de 1 à 2 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude pour 250 grammes d'eau.

3° A faire prendre, deux ou trois fois par semaine, un *bain alcalin*, en recommandant au malade de se laver la tête avec l'eau du bain. Quelquefois, mais rarement, il a remplacé ce bain par une *douche légère de vapeur aqueuse*. « On peut, dit M. Cazenave, attendre quelquefois la guérison pendant une année entière. Cela tient beaucoup, sans doute, à la ténacité naturelle de l'éruption, mais un peu peut-être à ce que le traitement qui lui convient n'a pas encore la sanction du temps et de l'expérience. »

Quant aux *moyens internes* qu'on emploie contre les diverses espèces d'herpès chroniques, ils n'ont pas une très grande valeur. Je me contenterai d'indiquer le suivant, recommandé par le docteur Jeffroy (1) :

♃ Teinture d'iode..... 2 à 30 gouttes. | Eau sucrée.......... 1 demi-verre.

On commence par la dose de deux gouttes, qu'on augmente graduellement, et qu'on administre deux fois par jour.

Tel est l'ensemble des moyens qu'on oppose à l'herpès ; on trouvera que je les ai exposés avec assez de détails, si l'on se rappelle que, pour les formes aiguës de cette éruption, une sage expectation et quelques précautions suffisent pour obtenir la guérison, et que quelques applications tendant à changer le mode de vitalité des surfaces malades triomphent, après un certain temps, des formes chroniques, les seules qu'il importe au praticien de bien connaître.

ARTICLE III.

GALE.

Souvent confondue avec d'autres éruptions, la gale a été connue des anciens; on voit dans les savantes recherches de Dezeimeris (2) qu'on la trouve clairement indiquée dans les ouvrages des Grecs et des Romains. Mentionnée aussi par les auteurs arabes, elle n'a toutefois été bien décrite que par les modernes, dont les observations ont jeté une lumière nouvelle et sur sa nature et sur ses causes. La fréquence de la gale, sa propriété contagieuse, font un devoir au médecin de connaître tout ce qui a rapport à cette maladie ; mais, fidèle au plan de cet ouvrage, je n'insisterai que sur les détails qui intéressent plus particulièrement le praticien, c'est-à-dire sur le diagnostic et le traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La gale est une éruption contagieuse, caractérisée par des vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, constamment accompagnées de prurit, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux, ayant principalement leur siége sur les plis des articulations des membres, dans les intervalles des doigts, sur l'abdomen, sur la verge, et de plus par la présence de petits sillons sous-épidermiques dans lesquels est logé l'*acarus scabiei*, et qui, tantôt partent des vésicules, tantôt en sont isolés.

Consacrée par un long usage, la dénomination de *gale*, quelle que soit l'étymo-

(1) Voy. L. F. Froriep, *Notiz. aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde*, Weimar, 1831.
(2) *Dict. de méd.*, art. GALE ; Bibliogr., t. XIII.

logie qu'on lui donne, mérite d'être conservée; elle correspond au *psora* des Grecs, à la *scabies* des Latins; c'est le premier genre des *dermatoses scabieuses* d'Alibert.

La *fréquence* de la gale est très grande, ce qui tient à la facilité avec laquelle elle se transmet.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. L'adolescence et l'âge adulte sont les époques de la vie où l'on rencontre le plus de galeux; c'est, en effet, à cet âge qu'on trouve le plus d'individus dans les conditions qui favorisent les développements de cette affection, qui attaque aussi les enfants et les vieillards.

Le *sexe masculin* en est plus souvent atteint que le sexe féminin; mais cela ne tient nullement, sans aucun doute, au sexe lui-même, et c'est aux habitudes des sujets qu'il faut rapporter cette préférence. Ce qui le prouve, c'est que, d'un autre côté, on a placé parmi les causes prédisposantes le *tempérament lymphatique*.

La gale se développe dans toutes les *saisons*, dans tous les *climats*.

La *misère*, la *malpropreté*, l'encombrement ou seulement la réunion d'un certain *nombre d'individus*, comme cela arrive dans les armées, les hôpitaux, les prisons, sont les circonstances les plus favorables à son développement.

Les *professions* de cordonniers, tailleurs, marchands ambulants, sont celles qui, dans les hôpitaux consacrés à cette affection, fournissent le plus de galeux; mais, comme le fait remarquer Biett (1), c'est uniquement parce que le nombre des individus qui exercent ces métiers est incomparablement plus grand que celui des autres ouvriers.

2° Causes occasionnelles.

La gale ne se développe pas spontanément; les opinions de certains pathologistes, tels que Fabrice de Hilden, Rivière, et, dans ces derniers temps, M. Devergie (2), qui pense que, dans certaines circonstances, cette affection peut apparaître spontanément comme crise de certaines maladies aiguës ou chroniques (gale *critique*), n'ont pas été confirmées par la presque généralité des observateurs modernes. La gale se contracte par le *contact* immédiat des individus ou des objets infectés. L'insecte appelé *acarus scabiei* est l'élément essentiel de la contagion.

De longs détails sur le *sarcopte* qui engendre la gale ne sauraient trouver place dans un ouvrage de la nature de celui-ci; je n'en dirai que ce qu'il importe de connaître pour éclairer l'étiologie et quelques points de thérapeutique, renvoyant, pour de plus amples renseignements, aux ouvrages de MM. Rayer (3), Raspail (4), Gras (5), Aubé (6), Cazenave et Schedel (7), et aux recherches de MM. Bourguignon, Piogey, etc.

(1) *Dict. de méd.*, t. XIII, art. GALE.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 1847.
(3) *Traité théor. et prat. des malad. de la peau.* Paris, 1835, t. I, p. 455.
(4) *Mém. compar. sur l'hist. nat. de l'insecte de la gale*; in *Bull. gén. de thér.*, t. VII. — *Nouv. syst. de chim. organ.* Paris, 1838, t. II, p. 598, pl. XV.
(5) *Rech. sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme.* Paris, 1834.
(6) *Considér. gén. sur la gale et sur l'insecte qui la produit.* Thèse, 1836.
(7) *Abrégé prat. des malad. de la peau*, 1838.



Admis par Avenzoar dès le douzième siècle, puis longtemps oublié, l'*acarus* fut successivement décrit par Haffenzefer, Cestoni, Joubert, Mouffet, et classé par les naturalistes Linné, Latreille. Cependant, en 1812, on doutait encore de son existence, quand M. Galès, répétant ses expériences sur plus de trois cents galeux à l'hôpital Saint-Louis, parut en démontrer la présence d'une manière incontestable. Alibert (1813) et Biett (1818), cherchant, comme l'indiquait M. Galès, l'insecte dans les vésicules, ne le trouvaient pas, et les investigations consciencieuses de ces deux observateurs avaient remis en doute les résultats de M. Galès, quand en 1834, M. Renucci, élève en médecine, démontra à l'hôpital Saint-Louis la manière de découvrir l'acarus. Dans la Corse, son pays, il avait vu maintes fois les femmes extraire l'acarus, et il l'avait souvent extrait lui-même. Il fit voir que ce n'était pas dans la vésicule qu'il fallait le chercher, mais bien dans le fond d'un sillon qui en part, et que l'insecte trace sous l'épiderme. Bientôt on se rappela que Mouffet, il y a plus de deux cents ans, avait dit que les cirons ne se trouvent pas *dans les pustules*, mais *à côté d'elles ;* que J. Adams (1) avait clairement indiqué cette particularité dans un ouvrage où il donne deux bonnes figures de l'*acarus*. Depuis cette époque, l'existence du sarcopte de la gale n'a plus été un instant douteuse, et les travaux que nous avons mentionnés plus haut ont eu pour objet une histoire plus complète de l'insecte, sa conformation, ses mœurs, et le rôle qu'il doit jouer dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe. J'en rapporterai tout ce qui intéresse le praticien.

L'acarus est un insecte arachnoïde d'un demi-millimètre environ de diamètre : il est d'un blanc opalin, transparent, de forme arrondie et presque circulaire ; son corps, dont la surface est couverte de stries linéaires, est garni de huit pattes, quatre antérieures et quatre postérieures. On dirait une petite tortue pourvue à sa surface d'appendices filiformes. Pour le trouver, il faut savoir qu'à l'extrémité libre des sillons qui aboutissent par l'autre extrémité à une vésicule, ou qu'à l'une ou l'autre des extrémité des sillons isolés, l'épiderme est un peu soulevé, et qu'il y a dans cet endroit un petit point brunâtre. C'est dans ce point qu'il faut chercher l'insecte : on introduit obliquement la pointe d'une épingle sous l'épiderme, on renverse la lame épidermique soulevée, et au-dessous on aperçoit un petit corps blanc qui s'attache très facilement à la pointe de l'instrument ; on l'extrait et on le place sur une lame de verre : ce petit corps blanc et arrondi, c'est l'acarus. L'insecte reste d'abord immobile : après quelques minutes, il agite ses pattes, et bientôt marche rapidement.

D'après les observateurs les plus récents, ce n'est que dans les sillons et jamais dans les vésicules qu'on rencontre l'acarus, qui occupe toujours une des extrémités du canal sous-épidermique qu'il s'est creusé. Les expériences de M. Aubé l'ont conduit à conclure que l'acarus est un insecte *nocturne* qui, ne trouvant pas une retraite assez sûre dans les plis de la peau ni dans les poils qui la recouvrent, se creuse un abri sous l'épiderme, et c'est dans cette espèce de terrier qu'il se tient caché tout le jour ; la nuit, pour pourvoir à sa subsistance, il abandonne sa retraite, parcourt tout le corps, l'attaque sur plusieurs points, et chacune de ses morsures produit une petite vésicule. Au point du jour, l'insecte rentre dans son gîte.

(1) *On morbid poisons*, in-4. London, 1807.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous poserons cette question : *L'acarus est-il la cause essentielle de la gale?* De ses recherches, M. Aubé a tiré les conclusions suivantes : 1° la gale est une affection symptomatique, produite par la présence d'un insecte arachnoïde appelé *sarcoptes hominis;* 2° elle n'est contagieuse que par la transmission de cet insecte; 3° la contagion est fréquente la nuit, rare le jour; 4° la médication ne doit avoir qu'un seul but, la mort de l'insecte et de ses œufs.

Ces conclusions, auxquelles conduisent également les travaux de MM. Gras, Renucci (1), Bourguignon (2) et Piogey, n'ont pas paru à Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel devoir être adoptées dans toute leur rigueur. Ces deux derniers leur ont opposé quelques objections que les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (3) ont cherché à réfuter.

En somme, aujourd'hui l'immense majorité des médecins se range à l'opinion des auteurs qui ont étudié avec soin l'acarus. M. Devergie (4) s'appuyant sur quelques faits dans lesquels, une maladie étant survenue, la gale a disparu pour reparaître dans la convalescence, croit encore, il est vrai, à la génération spontanée. Mais ces faits ne sont pas décisifs, car on peut parfaitement concevoir que les acarus se soient engourdis pendant la maladie, et même que les œufs aient été arrêtés dans leur développement. Ne voyons-nous pas des animaux de ce genre passer une et même plusieurs années dans cet état?

Enfin, dans des considérations intéressantes sur cette maladie, M. Chausit (5), interprète de M. Cazenave, dont l'opinion est aujourd'hui bien arrêtée, a combattu la manière de voir de M. Devergie sur le *développement spontané* de la gale et a montré que c'est uniquement à la transmission de l'acarus qu'il faut l'attribuer.

§ III. — Symptômes.

C'est dans les points du corps mis en contact avec un sujet affecté, et en particulier les poignets, les intervalles des doigts, qu'apparaissent les premiers symptômes. Chez les individus dont la peau des mains est endurcie, comme les forgerons, ceux qui travaillent aux acides concentrés, etc., c'est de préférence sur les bras, sur les aisselles, sur le ventre, sur la verge, qu'on les rencontre; c'est à la paume des mains chez les tailleurs, qui se servent de coussins de carreau communs à tous les ouvriers d'un atelier; aux fesses chez les enfants à la mamelle, ces parties étant en contact avec les mains et les avant-bras des nourrices. Ajoutons, toutefois que, d'après les recherches de M. Piogey, on en trouve fréquemment sur toutes les autres parties du corps.

Les symptômes consistent d'abord en un *prurit* léger, qui augmente d'une manière notable vers le soir, et qui devient surtout intense pendant la nuit. La chaleur du lit, les boissons alcooliques, tout ce qui accélère la circulation, le rendent plus violent.

Bientôt apparaissent des *vésicules* plus ou moins nombreuses; elles sont petites, discrètes, acuminées, transparentes à leur sommet. Si on les ouvre, il s'en écoule

(1) Thèse. Paris, 1836.
(2) *Revue méd.*, 1847.
(3) Tome V, art. INSECTES.
(4) *Bull. gén. de thér.*, février 1847.
(5) *Consid. sur la gale; Union méd.*, 22 et 24 juin 1847.

une sérosité transparente et visqueuse. Leur nombre est variable. En hiver, chez les individus faibles, âgés, il n'en existe guère que sur les points qui ont été soumis au contact; ainsi, on en voit quelques unes disséminées entre les doigts, au poignet. L'été, au contraire, chez des individus sanguins ou lymphatiques, chez les femmes, les enfants, elles paraissent très nombreuses. L'éruption peut s'étendre à presque tout le corps; toutefois, elle respecte toujours la face et le cuir chevelu.

Le *prurit*, dont l'intensité s'accroît avec l'abondance des vésicules, devient bientôt insupportable; les malades se grattent, déchirent les vésicules, dont le liquide s'épanche et se concrète en petites croûtes minces, peu adhérentes. Quelquefois les galeux se grattent avec tant de violence, qu'ils font saigner le derme dénudé au fond des vésicules; il se forme alors de petites croûtes sanguines semblables à celles du *prurigo*.

Les vésicules, qui ordinairement sont le premier symptôme local après le prurit, peuvent être précédées par des *sillons;* ceux-ci, qui se présentent sous la forme de lignes ponctuées, noirâtres, longues de quelques millimètres, aboutissent le plus ordinairement par une de leurs extrémités à une vésicule; parfois ils sont isolés, et il n'est pas rare de rencontrer des vésicules sur leur trajet et dans le voisinage. Les *vésicules isolées*, développées sur des points où il n'existe pas de sillons, se montrent surtout sur le tronc, les avant-bras, les cuisses : elles sont fort rares aux pieds et aux mains. Il est inutile d'ajouter que, pour retrouver ces caractères, il faut examiner le malade avant qu'il ait subi aucun traitement et que les frottements aient détruit les vésicules ou les sillons.

Dans quelques cas, chez des individus robustes, sanguins, pléthoriques, qui vivent dans la malpropreté, se grattent avec violence, ou font abus des excitants, l'*inflammation du derme* devient beaucoup plus intense. On voit apparaître, au milieu des vésicules sporiques, des pustules tantôt petites, discrètes, comme celles de l'*impétigo*, tantôt à base enflammée, larges comme celles de l'*ecthyma ;* quelquefois ce sont des papules plus ou moins nombreuses, semblables à celles du *lichen*. Ce sont ces complications qui ont porté à admettre une *gale pustuleuse*, une *gale papuleuse*, une *grosse gale*, etc., etc.; ces divisions doivent être rejetées. Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel ne reconnaissent qu'une seule espèce de gale, qui est celle dont j'ai donné le tableau.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche. Comme toutes les maladies contagieuses, la gale a une *période d'incubation :* la durée de cette période varie. Selon MM. Cazenave et Schedel, *chez les enfants faibles et mous*, elle est de quatre à cinq jours; elle est plus longue de deux jours seulement s'ils sont très forts et très sanguins. *Chez les adultes*, cette période est de huit à douze jours au printemps et dans l'été, et de quinze à vingt dans l'hiver. Enfin elle est plus longue *chez les vieillards*, et plus encore chez les individus placés sous l'influence d'une phlegmasie de quelque organe interne.

Dans les climats méridionaux, remarque Biett (*loc. cit.*), dans l'été et le printemps, la gale se développe et marche avec plus de rapidité que dans le Nord, en hiver et en automne.

Les cas de *rétrocession*, de *métastase*, de *répercussion* de la gale, dont les auteurs nous ont laissé les sombres tableaux, ne sont rien moins que concluants; les

auteurs modernes, plus instruits dans le diagnostic et moins prévenus par des idées théoriques, n'en ont pas signalé un seul ; c'est ce que nous apprend la lecture des travaux d'Alibert, Biett, MM. Cazenave, Rayer, Gibert.

La *durée* de la gale est indéfinie. Cette affection, abandonnée à elle-même, peut persister des années et même toute la vie. Elle ne guérit jamais spontanément. Traitée par les méthodes ordinaires, sa *durée* varie de six à vingt jours. Nous verrons plus loin que par les frictions générales telles que les font faire MM. Bazin et Hardy on abrége considérablement cette durée.

La gale, qui ne guérit jamais spontanément, ne se *termine* non plus jamais par la mort. Sa transformation en une autre maladie est loin d'être démontrée, et on ne l'admet guère aujourd'hui.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion de la contagion me dispensent de rien ajouter ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la gale, comme celui de toute affection contagieuse, a une grande importance; la moindre erreur a ses dangers, et pour la réputation du médecin et pour la sécurité des malades. La présence de l'*acarus*, quand on parvient à la constater, ne laisse aucun doute sur l'existence de la maladie; c'est le signe pathognomonique. Lorsqu'on ne le trouve pas, soit que l'exploration ait été insuffisante, soit que la gale ait déjà une longue durée et que l'animal ait disparu, etc., il faut chercher d'autres signes.

Les *sillons*, qui ne peuvent avoir été creusés que par l'acarus, qu'ils soient isolés ou qu'ils aboutissent aux vésicules, sont un indice certain de la nature de l'affection.

La difficulté, dans un grand nombre de cas, de trouver les vésicules intactes, avec les caractères que nous leur avons assignés, met le médecin dans l'embarras quand il n'a pour asseoir son diagnostic ni les sillons, ni l'acarus, et qu'il n'a sous les yeux que des surfaces déchirées par un grattage irrésistible : le doute, dans ces cas, est inévitable.

Les affections cutanées avec lesquelles on pourrait confondre la gale sont le *prurigo*, le *lichen simplex* et l'*eczéma*.

On évitera l'erreur, en se rappelant que, dans le *prurigo*, la lésion élémentaire est une *papule ;* que cette affection a pour siége habituel, le dos, les épaules et les membres dans le sens de l'extension; que les papules, presque toujours déchirées, présentent à leur sommet un petit caillot sanguin desséché noir ou noirâtre, tandis que les *vésicules* de la gale, siégeant ordinairement dans le sens de la flexion, sont, après avoir été déchirées, surmontées d'une petite squame mince, jaunâtre. Dans le prurigo, le prurit est plus âcre, plus brûlant.

Le *lichen*, constitué par des *papules* ordinairement très rapprochées, conservant la teinte de la peau, occupe, quand il siége aux mains, la face dorsale et non l'intervalle des doigts. Aux membres, il recouvre ordinairement les faces externes, et le prurit est médiocre. Ces caractères diffèrent assez de ceux de la gale pour que la confusion soit facile à éviter.

J'ai donné, à l'article *Eczéma*, le diagnostic différentiel de la gale et de cette affection. Je ne le reproduirai pas ici; je n'ajouterai qu'une remarque faite par

MM. Cazenave et Schedel : elle me paraît d'une assez grande importance pratique. « On voit quelquefois, disent ces auteurs, des individus qui, depuis le moment où ils ont contracté la gale, éprouvent tous les ans une éruption vésiculaire. Il est inutile d'ajouter que ce n'est pas la gale : c'est un eczéma, et, le plus souvent, un *eczema simplex.* »

Pronostic. La gale, par elle-même, est une maladie légère. Les complications d'ecthyma, d'impétigo, etc., tout en aggravant la maladie, ne la rendent jamais dangereuse.

§ VII. — Traitement.

D'après ce que nous savons aujourd'hui de la nature et de la cause de la gale, le traitement sera facilement établi et sera tout local.

Longtemps déjà avant qu'on attribuât la maladie à la présence de l'acarus, on la traitait par des moyens purement locaux. Aussi trouvons-nous dans la science une foule innombrable de médicaments et de formules préconisés pour la cure de l'affection psorique. Parmi les modernes, Biett a soumis à des expériences comparatives quarante et un de ces moyens, et, dans son article, il nous a donné le résultat auquel il est arrivé pour les principaux d'entre eux. Mais, il faut le dire, pour les médicaments expérimentés par Biett comme pour ceux vantés par la plupart des auteurs, les résultats qu'ils proclament ne sauraient satisfaire pleinement, et il est impossible de se prononcer d'une manière bien précise sur la valeur de quelques uns d'entre eux. Cela se conçoit facilement, puisqu'on ignore si, dans les expériences, on a tenu compte de l'ancienneté, de l'étendue, de l'intensité du mal; de l'âge, de la constitution des malades; de la saison, du climat, etc., etc., circonstances qui ont par elles-mêmes une influence bien évidente sur la durée de l'affection. Aujourd'hui, d'ailleurs, ces études, que j'indiquerai néanmoins, ont bien perdu de leur importance puisqu'on a trouvé le moyen de guérir la gale en quelques heures.

Soufre. C'est le remède le plus employé; on le trouve dans presque toutes les formules qui ont eu quelque réputation; on l'a administré sous toutes les formes, seul ou associé à d'autres médicaments. Voici les principales :

Pommade soufrée.

℞ Soufre sublimé........ 1 à 6 gram.	Axonge.................. 30 gram.

En frictions, deux fois par jour.

Pommade d'Helmerich. Cette pommade, qui a joui d'une grande vogue, est restée longtemps parmi les remèdes secrets. En 1824, M. le docteur Burdin (1) en fit connaître la composition, qui est la suivante :

℞ Soufre sublimé.......... 2 parties.	Axonge.................. 8 parties.
Potasse purifiée......... 1 partie.	

Mêlez.

M. Burdin ajoute qu'elle guérit en deux jours lorsqu'on l'applique comme il suit :

(1) *Méthode du docteur Helmerich.* Paris, 1822.

1° Bain savonneux pour préparer le malade au traitement ; 2° trois frictions par jour, faites devant le feu, avec 32 grammes de la pommade ; bain savonneux pour nettoyer la peau.

« De toutes les méthodes, disent MM. Cazenave et Schedel, celle qui réussit le plus constamment, le plus promptement et qui détermine le moins souvent des éruptions accidentelles, c'est celle d'*Helmerich* modifiée et employée presque exclusivement depuis plusieurs années par Biett. Voici cette formule :

Pommade d'Helmerich, modifiée par Biett.

℞ Soufre sublimé.........	2 parties.	Axonge................	8 parties.
Sous-carbonate de potasse.	1 partie.		

Mêlez. Faites faire au malade, matin et soir, sur tous les points qui sont occupés par des vésicules, des frictions de 15 grammes chacune. On fait prendre au malade un bain simple tous les jours, ou seulement tous les deux jours. La durée moyenne du traitement est de douze jours.

Pommade de Laubert. La méthode de Laubert consiste à faire deux fois par jour des frictions avec 4 grammes de la pommade suivante :

℞ Soufre................	16 parties.	Axonge...........	Q. s.
Protoxyde de plomb.....	1 partie.		

Biett dit que cette pommade a l'avantage de calmer le prurit, mais qu'elle irrite la peau et ne doit être employée que chez les individus jeunes, vigoureux, affectés de gale simple et récente. M. Mêlier a donné la formule (1) d'une pommade par l'emploi de laquelle la durée moyenne du traitement a été de treize jours. Je crois devoir la consigner ici.

Pommade de M. Mêlier.

℞ Sous-carbonate de soude..	64 gram.	Huile d'olives.........	128 gram.
Eau....................	32 gram.	Fleur de soufre........	128 gram.

Mêlez.

Depuis une dizaine d'années, on se sert dans les hôpitaux militaires de la Belgique d'une pommade qui, au rapport de M. Florent-Cunier (2), n'irrite que modérément la peau et n'exige qu'un traitement dont la durée moyenne est de sept jours. En voici la formule :

Pommade belge.

℞ Fleur de soufre.........	ãã 3 kilog.	Eau de pluie............	50 kilog.
Chaux vive.............			

Mettez le tout dans une chaudière de fonte, et épuisez par l'ébullition jusqu'à la densité de 10 degrés.

La *poudre de Pyhorel*, qui paraît avoir eu, dans les mains de son auteur, des résultats très favorables, est également recommandée par Biett, qui l'a employée avantageusement. Le remède est du *sulfure de chaux* simplement broyé, auquel on ajoute une petite quantité d'huile d'olive au moment de l'employer. Les malades

(1) *Bull. des sc. méd.*, 1825.
(2) *Bull. gén. de thér.*, t. XVI, p. 111.

se servent de 2 *grammes de sulfure pour chaque friction*, qu'ils font *deux fois par jour sur la face palmaire des deux mains*.

Lotions de Dupuytren. Cette méthode consiste à *laver deux fois par jour les parties malades avec la solution suivante :*

℞ Sulfure de potasse.....	120 gram.	Eau..................	750 gram.

Dissolvez. Ajoutez :

Acide sulfurique............................ 15 gram.

Ces lotions ont été aussi vantées par Percy, qui en a obtenu des avantages marqués. Biett les a trouvées un peu irritantes, il ne les conseille que pour les sujets robustes ; il leur préfère les *lotions d'Alibert*, qui ne diffèrent des précédentes que par des proportions plus faibles des substances qui en font la base. M. Rayer préconise les lotions suivantes :

Lotions de M. Rayer.

℞ Sulfure de potasse......	30 gram.	Acide chlorhydrique.....	30 gram.
Eau de rivière..........	500 gram.	Eau distillée...........	500 gram.

Versez 30 grammes de cette liqueur dans 125 grammes d'eau chaude.

Les *bains sulfureux*, expérimentés par M. Jadelot (1) et par Biett, qui en a fait un fréquent usage à l'hôpital Saint-Louis, procurent une guérison assez prompte et n'entraînent jamais d'accidents. La durée moyenne du traitement est de vingt à vingt-cinq jours. Quant aux *fumigations sulfureuses*, elles ne jouissent plus aujourd'hui de la vogue qu'elles ont eue dans ces derniers temps. La longueur plus grande de ce traitement qui ne peut être supporté par beaucoup d'individus, l'a fait abandonner presque entièrement. On pratique ces fumigations avec l'appareil de Darcet. La quantité de soufre à brûler ne doit pas dépasser 8 à 12 grammes, et la température ne doit pas s'élever au-dessus de 50 à 52 degrés (Réaumur). La durée de chaque fumigation doit être de 30 à 35 minutes (Biett).

Mercure. Les préparations mercurielles ont été longtemps employées dans le traitement de la gale. On a reconnu aujourd'hui qu'elles déterminent souvent des éruptions accidentelles ; qu'elles peuvent occasionner la salivation, des glossites intenses, et qu'enfin, lorsqu'on a eu recours à elles, la durée du traitement a été notablement plus longue. MM. Cazenave et Schedel proposent de les remplacer par des moyens plus doux : ils proscrivent surtout la *pommade citrine* et la *quintessence antipsorique*, qui paraît avoir pour base le sublimé. Quant à moi, je me contenterai d'indiquer la *pommade de Werlof*, qui a été expérimentée par Biett. Elle est composée comme il suit :

℞ Protochlorure de mercure..	1 partie	Onguent rosat...........	8 parties.

Iode. M. Cazenave fait usage de *lotions iodurées* qui lui ont donné douze jours pour moyenne du traitement chez les hommes, et neuf chez les femmes. Voici la composition :

℞ Iode..................	2 gram.	Eau.................	1000 gram.
Iodure de potassium......	10 gram.		

Faire trois lotions par jour.

(1) *Bull. de la Faculté*, 1813.

Plomb. A en croire le docteur Leson (1), la gale aurait cédé en un espace de temps dont la moyenne n'aurait été que de six jours, chez les sujets traités par la méthode suivante : Faire *deux frictions par jour* avec 16 grammes pour chacune d'elles du mélange suivant :

♃ Litharge.............. 32 gram. | Huile d'olives.......... 128 gram.

Mettez sur un feu doux, et remuez jusqu'à ce que la litharge soit bien dissoute.

Chlore. MM. Derheins et Fantonetti (2) ont préconisé l'emploi du *chlorure de chaux ;* ils assurent que la guérison a eu lieu du sixième au dixième jour, en faisant *trois ou quatre lotions par jour avec la solution suivante :*

♃ Chlorure de chaux... 48 à 96 gram. | Eau.................. 500 gram.

Ellébore. La poudre de racine d'ellébore a joui longtemps d'une grande réputation ; elle fait partie de plusieurs pommades antipsoriques, telles que celles de Pringle, où elle se trouvait associée au soufre et au sel ammoniac. Biett a expérimenté isolément l'ellébore, et les quarante malades qu'il a soumis à ce traitement n'ont éprouvé aucun accident notable ; la durée de la médication a été de treize jours et demi. Il se servait de la formule suivante :

♃ Poudre de racine d'ellébore blanc. 4 gram. | Axonge.................. 32 gram.

Mêlez.

Plantes aromatiques. M. Cazenave (3), à l'aide des *lotions de thym*, a obtenu des résultats avantageux : la moyenne du traitement ne fut que de douze jours. Les lotions étaient composées comme il suit :

♃ Thym	60 gram.	Vinaigre..............	250 gram.
Eau bouillante........	1000 gram.		

Mêlez. Faire trois lotions par jour.

M. Cazenave a préconisé aussi les lotions suivantes :

♃ Feuilles et tiges de menthe.	àâ 4 gram.	Essence de citron.......	4 gram.
de romarin......		Alcool rectifié..........	1000 gram.
de lavande......		Eau..................	5000 gram.

Incisez les plantes, faites-les macérer dans l'alcool pendant dix jours, et filtrez.

M. Bourguignon (4) préfère la pommade suivante qui, d'après ses expériences, a tué les acarus et guéri la gale en quatre jours :

♃ Poudre de staphisaigre.. 300 gram. | Graisse bouillante....... 500 gram.

Versez la poudre dans la graisse, et mêlez ; puis passez à travers un tamis grossier. Faire six frictions par jour.

Il serait important que les recherches de M. Bourguignon fussent continuées.

Après la description des moyens que nous venons de passer en revue, nous nous bornerons à indiquer sommairement quelques autres agents parmi les innombrables

(1) *Bull. gén. de thérap.*, t. IX, p. 31.
(2) *Bull. gén. de thér.*, t. III.
(3) *Bull. gén. de thér.*, t. XX, 1841, p. 112.
(4) *Revue méd.*, janvier 1847.

médicaments préconisés dans le traitement de la gale ; il nous suffira de signaler les *pommades acides* d'Alyon (*acide nitrique*) et de Crollius ; le *tabac* employé par Boerhaave et expérimenté par M. Mêlier ; le *goudron*, dont Alibert (1) dit avoir retiré de bons effets ; le *camphre*, l'*ammoniaque*, essayés par M. Mêlier ; les *liniments* de Valentin et de M. Jadelot ; les lotions d'*acide sulfurique* étendu (30 à 40 parties d'eau, 1 partie d'acide), employées par le docteur Laine sur six cents galeux (2) avec une moyenne de huit jours de traitement ; l'*huile d'olives* en frictions, recommandée par Delpech et employée avec peu de succès par Biett ; l'*essence de térébenthine*, proposée par M. Aubé comme possédant la propriété *acarotoxique* ; la *staphisaigre*, vantée par M. Ranque (3), et employée en lotions ; le *savon*, également employé en lotions par Thomann et Helmerich (4), etc., etc. Enfin, M. Pentzlin (5) a indiqué une formule dont il vante trop les bons effets pour que je ne la reproduise pas ici. La voici :

♃ Poix liquide........... 2 parties. | Beurre salé............. 2 parties.

Faites fondre ensemble ; ajoutez :

Sous-carbonate de potasse..................... 1 partie.

Quelle que soit la méthode qu'on adopte, il faut suspendre tout traitement si quelque éruption accidentelle vient compliquer la gale, et administrer aux malades des boissons délayantes ou un peu acidules. Si la gale s'accompagne d'une inflammation marquée du derme, Biett recommande l'emploi des antiphlogistiques ; quand l'irritation est apaisée, il a recours aux bains sulfureux, qui lui ont paru le moyen le plus avantageux. Pour assurer la guérison et prévenir la récidive, MM. Cazenave et Schedel conseillent de *désinfecter les vêtements*, surtout ceux de laine, par un courant de gaz acide sulfureux, et de continuer pendant quelques jours l'usage des bains simples. Le malade devra changer de linge le plus souvent possible.

En dernière analyse, les expérimentations de Biett étant les plus exactes et les plus complètes, c'est à elles que nous devons nous en rapporter jusqu'à nouvel ordre sur la valeur de ces traitements. Les seuls, parmi eux, qui paraissent pouvoir être mis en balance avec les frictions à l'aide de la pommade d'Helmerich modifiée, sont les lotions avec l'iodure de soufre et l'iodure de potassium (Cazenave), et les frictions avec la pommade de staphisaigre (Bourguignon) ; mais les données que nous possédons ne sont pas suffisantes pour que nous puissions nous prononcer définitivement.

Récemment, M. Bazin (6) a établi en principe que les *frictions doivent être pratiquées sur tout le corps*, et que c'est là le point capital du traitement. Tous les moyens proposés pour la guérison de cette maladie arrivent à ce but en un peu plus ou un peu moins de temps, mais toujours avec une grande rapidité, si l'on a soin de frictionner tout le corps. Les préparations auxquelles M. Bazin donne la

(1) *Bull. de thér.*, t. IX.
(2) *Bull. de l'Acad. roy. des sciences.* 29 septembre 1834.
(3) *Mém. et obs. clin. sur un nouv. procédé.* Paris, 1811.
(4) *Journ. gén. de méd.*, 1813.
(5) *Journ. der Chir. and Augenheilk ; Graefe und Walther*, 1836.
(6) *Nouveau mode de trait. de la gale ; Union méd.*, 9 juillet 1850.

préférence sont la pommade d'Helmerich, qui guérit la gale en deux frictions lorsque la maladie est simple, l'huile de goudron ou la pommade de Bajard dans les gales compliquées d'eczéma, d'ecthyma et d'impétigo. Ce médecin est arrivé même à cette conclusion importante qu'en faisant des frictions générales, on peut se servir d'un *corps gras quelconque* sans que le traitement soit très notablement prolongé, et qu'on guérit, de cette manière, la gale, toujours beaucoup plus rapidement que par les procédés ordinaires; car les malades qui auparavant avaien besoin de douze à quinze jours pour compléter leur traitement, ont été guéris de cette manière dans l'espace de deux à trois jours.

M. Hardy emploie une médication encore plus prompte; voici comment procède ce médecin :

Dès que le malade arrive, on lui frotte tout le corps pendant une demi-heure avec du savon noir, et ce nettoyage a déjà pour effet de rompre quelques uns des sillons où se loge l'acarus; puis un bain simple d'une heure est administré, qui ramollit l'épiderme, et dans lequel le galeux continue à se frotter; après le bain, une friction générale d'une demi-heure est faite avec la pommade d'Helmerich. Le traitement dure en tout deux heures.

Des bains simples dissipent ordinairement, au bout de quelques jours, les éruptions secondaires qui accompagnent la gale.

« Quatre cents malades, dit ce médecin, ont été soumis à ce traitement; la guérison a été obtenue rapidement chez tous, excepté chez quatre, dont deux étaient des enfants qui s'étaient frottés incomplétement; la gale a reparu, ainsi que chez deux autres. Peut-être chez ces derniers avait-elle été contractée de nouveau. »

Ce traitement un peu modifié a donné, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, des résultats tellement avantageux, que, conformément au Rapport fait par le conseil de santé des armées (1), on a établi dans tous les corps de troupes le traitement unique suivant :

Le malade prend un bain de trois quarts d'heure, et se frictionne fortement tout le corps avec du savon noir; immédiatement au sortir du bain savonneux, friction générale pendant vingt minutes avec la pommade d'Helmerich (de 70 à 100 grammes). Après six heures de repos, nouvelle friction générale, puis le malade prend un bain tiède qui complète le traitement.

M. le docteur Millot (2) a employé les frictions générales avec le plus grand succès, mais, en se servant d'une pommade, qui est plus facile à préparer que la pommade d'Helmerich, et qui permet une guérison plus prompte. M. Millot tient ce procédé de M. le docteur Legrand (de Nello). Voici en quoi il consiste :

Le soir en se couchant, se lotionner le corps avec de l'eau de savon, de manière à bien nettoyer les parties sales et préparer la peau aux frictions qui vont être faites.

Vers les quatre heures du matin se frictionner le corps, et surtout aux endroits

(1) Michel Lévy, *Rapport sur le traitement de la gale, adressé au ministre de la guerre*. Paris, 1852.
(2) *Union méd.; Sur le trait. de la gale*, 10 septembre 1850.

où les boutons sont plus apparents, où les démangeaisons sont plus vives, avec une portion de la pommade suivante :

℞ Axonge .... 125 gram.	Chlorure de sodium commun.	4 gram.
Fleur de soufre .... 16 gram.		

F. s. a. une pommade ; divisez en quatre parties.

Avec une deuxième partie, le malade se frictionnera, comme la première fois, six heures après la première friction, c'est-à-dire à dix heures.

A quatre heures de l'après-midi, troisième friction avec le troisième paquet.

Enfin, six heures encore après la troisième friction, vers dix heures du soir, par conséquent, quatrième et dernière friction.

Le malade se couche alors dans la chemise qu'il avait pendant la journée, et le lendemain matin, en se levant, il se lotionne de nouveau tout le corps avec de l'eau de savon comme la veille.

C'est là tout le traitement, et le malade est guéri. Seulement, par propreté, pendant le cours de la seconde journée, on fait prendre un bain simple ; puis on recommande au malade de mettre au four chaud les vêtements qu'il portait avant le traitement. Mieux vaut cette précaution que de les laver, on est plus sûr de détruire l'acarus.

CHAPITRE II.

AFFECTIONS BULLEUSES.

Les affections bulleuses ne diffèrent guère des affections vésiculeuses dont j'ai donné l'histoire dans le chapitre précédent, que par l'étendue du soulèvement de l'épiderme et par la grande quantité de sérosité qui s'amasse au-dessous. Aussi ces deux ordres d'affections cutanées doivent-ils être rapprochés dans les descriptions.

Les affections bulleuses sont caractérisées par de larges soulèvements de l'épiderme, et par l'accumulation, entre cette membrane et le derme, d'une sérosité transparente, ou bien d'un liquide séro-sanguinolent ou séro-purulent.

Je n'aurai à décrire, sous ce titre, que le *Pemphigus* et le *Rupia*, la syphilide bulleuse, qu'on a rapprochée de ces espèces, devant trouver place dans un chapitre spécial consacré aux éruptions syphilitiques de la peau.

ARTICLE Ier.

PEMPHIGUS.

L'histoire du pemphigus a reçu, dans ces dernières années, quelques développements nouveaux et intéressants. Willan et Bateman, et après eux J. Plumbe (1) avaient décrit, sous le nom de *pompholix diutinus*, le pemphigus chronique, niant son existence à l'état aigu, bien que Gilibert (2) en eût présenté un bon nombre de cas

(1) *A practic. treatise on diseases of the Skin*. London, 1824.
(2) *Monogr. du pemphigus*. Paris, 1813.

bien observés; mais Biett admit avec Gilibert l'existence du pemphigus aigu, et les travaux de M. Cazenave, tout en confirmant les idées de Biett, ont ajouté de nouveaux renseignements à l'histoire de cette affection. Nous décrirons donc, avec les auteurs modernes, Biett, MM. Rayer, Cazenave, etc., le pemphigus aigu et le pemphigus chronique; nous mentionnerons à part le *pemphigus des nouveau-nés*, qui mérite une description spéciale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pemphigus (de πέμφιξ, *bulle*) est une maladie caractérisée par le développement d'un plus ou moins grand nombre de bulles sur des surfaces rouges et enflammées; ces bulles, dont l'apparition s'accompagne d'un certain sentiment de chaleur, quelquefois même de douleur, consistent en des soulèvements de l'épiderme, distendus par une sérosité d'abord limpide, puis jaunâtre, qui se déchirent facilement et donnent lieu à des excoriations ou à des croûtes minces, foliacées, après la chute desquelles il reste une empreinte fauve qui persiste encore quelque temps.

Les auteurs ont décrit le pemphigus sous différents noms, selon le caractère qui les a le plus frappés : c'est ainsi que nous le trouvons désigné par les noms de *morbus phlyctenoides*, *hydroa-exanthema bullosum*, *pemphigus major*, *morbus epidemicus* de Prague, *pemphigus helveticus*, *febris bullosa*, *pompholix*, etc., etc. Alibert l'avait décrit sous le nom de *pemphix* dans les *dermatoses eczémateuses*.

Il est difficile d'établir le degré de *fréquence* du pemphigus : aujourd'hui qu'on le connaît mieux sous ses différentes formes, on peut dire que cette maladie est loin d'être rare.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* ne paraît avoir aucune influence bien remarquable sur le développement du pemphigus; seulement, à certaines époques de la vie, on rencontre plus fréquemment cette maladie à l'état aigu qu'à l'état chronique. Le pemphigus aigu attaque plus volontiers la jeunesse et l'âge adulte : c'est le pemphigus chronique qui domine chez les vieillards. Le *sexe* masculin semble prédisposer plus particulièrement au pemphigus. On attribue généralement la même influence à la *misère*, aux veilles prolongées, à l'*habitation des lieux bas et humides*.

2° Causes occasionnelles.

L'action de l'*humidité* doit être placée au premier rang. M. Cazenave (1) a pu constater dans la plupart des cas de pemphigus, surtout de pemphigus aigu, que les malades avaient été influencés soit par un séjour prolongé dans des lieux humides, soit par le contact habituel de l'eau. Un grand nombre d'individus reçus dans ses salles pour un pemphigus aigu étaient des garçons marchands de vin ; dans beaucoup de cas de pemphigus situé aux membres inférieurs, il a constaté que l'éruption avait succédé à une immersion prolongée des jambes dans l'eau froide. L'*insolation*, la *dentition*, les écarts de régime, ont paru plusieurs fois

(1) Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 93.

avoir une influence marquée sur le développement du pemphigus. On l'a vu quelquefois succéder à une autre maladie, à un *eczéma chronique*, par exemple. Les *troubles généraux du système nerveux* ont, suivant M. Cazenave, une action incontestable dans la production de cette affection. Les expériences de MM. Gaitskell et Husson, qui ont inoculé l'humeur séreuse des bulles; celles de M. Rayer, qui s'est servi de la sérosité et du pus pris sur une femme âgée et affectée d'un pemphigus chronique, ont démontré le caractère non contagieux du pemphigus.

§ III. — Symptômes.

1° *Pemphigus aigu. Prodromes.* Un état de malaise général, de lassitude; des frissons, de la soif, des nausées, de la céphalalgie avec élévation et fréquence du pouls, de la démangeaison à la peau, tels sont les *prodromes* du pemphigus aigu; variables dans leur intensité, ils persistent pendant deux ou trois jours avant l'apparition de l'éruption bulleuse qui peut se présenter sur tous les points de la surface cutanée.

Symptômes. Alors on voit se dessiner çà et là sur la peau de *petites taches circulaires*, d'un rose vif, qui s'élargissent peu à peu; sur ces taches et ordinairement à leur centre, on ne tarde pas à découvrir une teinte opaline : c'est l'épiderme qui commence à se laisser soulever par un liquide séreux, c'est la *bulle* qui se développe. Le développement est quelquefois si rapide, et la bulle couvre si bien toute la tache, qu'on a pu croire que l'ampoule n'était pas précédée de la rougeur érythémateuse.

Ordinairement c'est au centre qu'apparaît la bulle, et les bords de la tache rouge l'entourent d'une *aréole* enflammée. Quelques taches paraissent rester rouges, sans se prêter au développement bulleux; mais si l'on promène le doigt sur leur surface, on sent un soulèvement appréciable, et si l'on exerce quelques frottements, on ne tarde pas à enlever l'épiderme, qui est soulevé par une petite collection de sérosité. Du reste, l'étendue du soulèvement bulleux n'est pas absolument en raison de la tache qui le précède : une tache relativement assez petite peut se couvrir des plus grosses ampoules, et réciproquement. Le temps qui sépare ces deux états est quelquefois impossible à saisir; souvent il n'est que de quelques heures.

Les *bulles*, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, ou même d'une amande, forment quelquefois, en se confondant, quand l'éruption est confluente, de vastes *ampoules* qui égalent le volume d'un œuf d'oie. Dans les intervalles occupés par les bulles, la peau est saine.

Vers le quatrième jour, les bulles ont acquis tout leur développement; jusque-là résistantes, d'une transparence opaline, elles se rident ensuite, et s'affaissent; le *liquide* qu'elles renferment *se trouble*, devient jaunâtre; il ne distend plus complétement la phlyctène, et se précipite à sa partie la plus déclive.

La bulle flétrie se rompt bientôt; le liquide s'épanche, et des *excoriations* plus ou moins étendues sont mises à nu. Celles-ci ne tardent pas à se recouvrir de petites *croûtes* minces et noirâtres qui tombent assez rapidement. Quelquefois, lorsque le liquide a été évacué complétement, l'épiderme se dessèche en *lamelles* très ténues et blanchâtres. Plus rarement l'ampoule ne se rompt pas, le liquide est résorbé, la bulle s'affaisse et disparaît, laissant une dessiccation lamelleuse.

Enfin la rougeur disparaît elle-même peu à peu, et il ne reste plus de l'éruption qu'une *empreinte d'un rouge brun* qui peut persister longtemps.

Le pemphigus aigu affecte quelquefois, dans son développement, une forme que M. Cazenave a signalée sous le nom de *pemphigus aigu successif;* c'est une succession d'éruptions bulleuses, ayant chacune leurs prodromes distincts. « On voit, dans ce cas, dit M. Cazenave, se développer, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, des bulles qui se comportent individuellement comme autant de maladies à part : chaque bouffée de pemphigus, si je puis dire ainsi, est précédée d'un petit mouvement fébrile ; le malade a quelquefois des frissons le soir. C'est cette forme que j'appelle le *pemphigus aigu successif :* elle présente cela de particulier, que l'on peut voir le pemphigus à tous les états; taches, bulles, excoriations, croûtes, elle offre à la fois tous les éléments qui appartiennent à la période d'accroissement et à la période de décroissement de l'éruption. Ordinairement il existe plusieurs bulles à la fois, et alors les éruptions ont lieu tantôt ici, tantôt là ; mais il peut arriver que la maladie soit constituée par une seule bulle, qui, parcourant toutes ses phases sur un point unique, se succède pour ainsi dire à elle-même, et constitue ce que Willan appelait le *pompholix solitarius.* »

2° *Pemphigus chronique.* Seul admis et décrit par les pathologistes anglais, le pemphigus chronique se présente le plus souvent à l'*état successif.*

Rarement précédé de symptômes généraux, il apparaît sous forme de *larges bulles*, presque toutes de la grosseur d'une noix, souvent d'un œuf de poule. Ces bulles, rapidement arrivées à leur maximum de développement, sont mollasses, peu résistantes; la *sérosité* qu'elles renferment est le plus souvent citrine, quelquefois sanguinolente dès le début; au bout de sept ou huit heures, elles se rompent et laissent à découvert des *surfaces excoriées*, qui ne sont bientôt plus protégées par la pellicule qui formait l'enveloppe de la bulle, celle-ci venant à se plisser et à se rouler sur elle-même.

On voit alors se former des *croûtes* minces dont l'aspect brunâtre rappelle la nature sanguinolente du liquide bullaire. Une nouvelle éruption ne tarde pas à se montrer;. elle affecte la même marche et les mêmes phénomènes, puis vient une troisième, et ainsi de suite, d'une manière quelquefois indéfinie.

« Il n'est pas rare, dit M. Cazenave, de voir cette forme appartenir au *pompholix solitarius*, et, dans ce cas, elle est assez particulière aux membres inférieurs; elle montre aussi une prédilection marquée pour les vieillards. »

Le pemphigus chronique successif est quelquefois constitué par une série indéfinie de véritables *accès* aigus, d'intensité variable, et revenant à des intervalles qui offrent une espèce de régularité. Ordinairement, dans ces accès, les bulles apparaissent sur les mêmes points, se succédant ainsi dans leur siége d'élection. Elles sont petites, résistantes, entourées d'une aréole enflammée; au début, la sérosité qu'elles contiennent, n'est pas transparente, et bientôt elle ressemble à un *liquide purulent;* aussi les croûtes qui se forment après leur déchirement sont-elles plus épaisses qu'à l'ordinaire. Quand les accès sont plus intenses, on voit apparaître des bulles énormes, irrégulières, comme résultant de la réunion de plusieurs ampoules. La durée de chaque accès est de dix à quinze jours. Un peu de fièvre, de la constipation, tels sont les seuls phénomènes généraux qui accompagnent ces accès.

Au pemphigus chronique successif peut succéder la *forme permanente et continue*. Dans ce cas, les bulles se renouvellent si fréquemment, qu'il n'y a plus d'intervalles entre les différentes éruptions. Celles-ci s'étendent et peuvent prendre un caractère de généralité grave. « Les bulles, observe M. Cazenave, deviennent confluentes ; il vient un moment où cette confluence est telle, qu'il semble que les soulèvements bulleux ne peuvent plus parcourir leurs phases d'accroissement, qu'à peine formés ils se déchirent et couvrent ainsi de larges surfaces de ces petites croûtes lamelleuses, parfaitement semblables à des pelures de pâtisserie feuilletée ; adhérentes à la peau par un point limité, elles flottent et présentent alors un aspect foliacé si remarquable, que j'ai cru devoir faire de ce caractère une forme particulière du pemphigus : c'est le *pemphigus chronique foliacé*. Parvenue à ce point, la maladie prend un aspect vraiment terrible ; les paupières, altérées par des éruptions successives, se gonflent à leur bord libre ; elles peuvent se renverser, perdre la possibilité de se mouvoir. Dans ces cas, l'œil devient d'une sensibilité extraordinaire, la conjonctive palpébrale et oculaire est le siége d'une injection vasculaire prononcée, et les larmes, s'écoulant en abondance, entretiennent sur les points excoriés un foyer rebelle d'irritation. La peau, macérée, exhale une odeur fade et nauséabonde, qui souvent incommode le malade lui-même ; l'affection se complique d'hydropisie, de diarrhée, et conduit presque nécessairement à une fin fatale. »

Je me contenterai de signaler une variété désignée sous le nom de *pemphigus pruriginosus ;* elle consiste dans quelques papules de prurigo, qui, venant se joindre à l'éruption bulleuse, et occasionnant des démangeaisons plus ou moins fortes, ont paru à quelques auteurs mériter une description à part.

3° *Pemphigus des nouveau-nés*. Sous les noms de *pemphigus infantilis*, *pemphigus gangrenosus*, quelques auteurs ont décrit plus ou moins exactement la forme du pemphigus dont il s'agit. En 1834, le docteur Krauss (1) a donné un résumé de presque tous les faits que la science possède sur ce sujet, et j'en ai moi-même (2) rapporté plusieurs cas dans lesquels on ne peut avoir aucun doute sur l'existence de cette affection. Dans ces cas, le pemphigus n'offre rien de particulier : les caractères de l'éruption, sa marche, ne diffèrent pas de ceux que j'ai exposés plus haut en décrivant le pemphigus aigu.

Cependant, selon M. Cazenave, le pemphigus des nouveau-nés serait une variété à part, moins rare qu'on ne le croit communément ; voici, suivant cet auteur, les caractères de cette affection : Elle a son siége de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds ; elle appartient exclusivement à cet âge ; elle est caractérisée par des bulles entourées d'une aréole violacée, offrant un volume assez considérable, ordinairement comme celui d'une noisette, et contenant un liquide séro-purulent. M. Cazenave ne doute pas de la nature syphilitique de cette affection. Telle est aussi la manière de voir de M. Paul Dubois, qui, pour établir cette opinion, se fonde sur les raisons suivantes : Il a toujours pu constater chez la mère, soit actuellement, soit à une époque plus ou moins éloignée, l'existence de symptômes spéciaux qui expliquaient la possibilité d'une infection syphilitique chez l'enfant ; il a vu, après la destruction de la bulle, de véritables ulcérations ; enfin

(1) *De pemphigo neonatorum*. Thes., Bonnæ, 1834.
(2) *Clin. des enfants nouv.-nés*. Paris, 1838, p. 670.

tous les enfants atteints succombent, et le plus souvent avec une grande rapidité.

Les recherches plus récentes de M. Depaul (1) sont venues confirmer cette manière de voir.

Les faits observés par MM. Cazenave, P. Dubois et Depaul diffèrent assez de ceux qui sont indiqués par les auteurs pour mériter une description à part; mais ce qu'il y a de certain, c'est que, comme j'en ai cité des exemples, le pemphigus n'a pas toujours, chez les nouveau-nés, les caractères et la gravité que lui ont trouvés ces auteurs. Je crois, d'après cela, qu'on doit admettre, chez les nouveau-nés, un *pemphigus simple* et un *pemphigus syphilitique* : le premier souvent bénin à l'état aigu, le second toujours très grave.

4° *Pemphigus labialis.* M. Devergie (2) a décrit une forme particulière de pemphigus à laquelle il donne le nom de *pemphigus labialis.* Il en a vu deux exemples, l'un à l'hôpital Saint-Louis, l'autre en ville. Cette maladie consistait en petites bulles se réunissant pour en former de plus grosses, et se succédant d'une manière non interrompue. Les bulles, en se crevant, donnaient issue à une liqueur limpide, filante, muqueuse, semblable à de l'eau très chargée de gomme arabique; puis elles se couvraient d'une croûte légèrement jaunâtre et brunâtre par où s'écoulait cette liqueur. La maladie, dans un cas, a été très rebelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

En décrivant les formes aiguë et chronique que peut affecter le pemphigus, j'ai indiqué sa *marche* de manière qu'il soit inutile d'y revenir ici. La *durée* du pemphigus aigu est ordinairement d'un à trois septénaires : celle du pemphigus chronique est généralement longue; elle peut varier de plusieurs mois à plusieurs années : il n'est pas rare de ne la voir finir qu'avec la vie des malades. Souvent le pemphigus se développe en été, pour se terminer à la fin de l'automne.

Le pemphigus aigu se *termine* souvent par la guérison. Dans le pemphigus chronique, cette terminaison constitue une véritable exception, la maladie ayant tôt ou tard une issue fatale. La mort est souvent causée par une affection des organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale.

§ V. — Lésions anatomiques.

La pâleur des membranes muqueuses, des épanchements séreux dans les grandes cavités, un état gras du foie, rencontré dans tous les cas par M. Cazenave, qui l'a trouvé d'autant plus marqué que la maladie était plus avancée; et, de plus, dans les bulles restées entières, un liquide albumineux, limpide, quelquefois jaunâtre, ordinairement visqueux, tantôt inodore, tantôt fétide ; telles sont les lésions les plus constantes qu'ont permis de constater les autopsies de sujets morts à la suite du pemphigus.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. En général, le diagnostic du pemphigus est facile : la présence de *bulles* le plus souvent bien isolées, figurant de larges ampoules ; la forme bombée et la *minceur* lamelleuse des croûtes qui leur succèdent; les excoriations superficielles que le déchirement des phlyctènes met à nu, sont des caractères à l'aide

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 920, 954.
(2) *Union méd.*, 30 mars 1847.



desquels on évitera la confusion. Le *rupia*, dont la forme est essentiellement chronique, et l'*ecthyma*, se distinguent de cette affection par les caractères suivants : dans le *rupia*, les bulles sont rares, et elles sont suivies de véritables ulcérations, de croûtes dures et épaisses ; dans l'*ecthyma*, dont la lésion élémentaire est une pustule, celle-ci est ordinairement beaucoup plus petite que les bulles du pemphigus. Ce n'est donc que dans quelques cas rares qu'on pourrait éprouver de l'hésitation ; mais alors même on arrive au diagnostic en se rappelant que la pustule de l'ecthyma est de prime abord purulente, et que les croûtes auxquelles elle donne lieu sont épaisses et noirâtres.

Le pemphigus, lorsqu'il est confluent, pourrait, par ses croûtes, faire croire à l'existence de l'*impétigo :* on évitera l'erreur en songeant que les croûtes du pemphigus sont minces, lamelleuses, foliacées, et que l'impétigo a des croûtes épaisses, anfractueuses, rugueuses.

Pronostic. En général, le pemphigus est une maladie grave. Lorsqu'on l'observe à l'état aigu, on doit craindre les récidives ; à l'état chronique, il se termine fréquemment par la mort.

§ VII. — Traitement.

De l'avis de tous les auteurs, le traitement du *pemphigus aigu* ne consiste que dans l'emploi de moyens très simples : une *diète légère*, l'usage de quelques *boissons délayantes*, le *repos*, suffisent dans presque tous les cas. Il est rare qu'on ait besoin de recourir aux *antiphlogistiques* ordinaires, ou à quelques *dérivatifs* pour modérer l'intensité de l'inflammation de la peau. En général, il faut veiller à ce que l'épiderme reste appliqué à la surface de la plupart des bulles ; il faut *les préserver du frottement* après leur rupture, et lorsqu'elles sont excoriées, les panser, selon le conseil de M. Rayer, avec un linge fenêtré enduit de cérat.

Le *pemphigus chronique* peut être aussi modifié par les mêmes moyens, mais il réclame une médication plus active. On prescrit ordinairement les *bains simples ou amidonnés.* Si les douleurs sont vives, on applique sur les parties malades des *compresses imbibées d'un liquide anodin ou opiacé.*

M. Cazenave conseille d'être très réservé dans l'emploi des topiques ; il rejette en général les *pommades ;* quant aux *bains*, il leur trouve l'inconvénient de macérer la peau et de faciliter le développement des bulles.

Le seul cas où le pemphigus puisse être, selon cet auteur, heureusement modifié par une application topique, c'est lorsque, occupant une surface limitée, il se reproduit sans cesse : alors M. Cazenave conseille l'emploi de *cataplasmes saupoudrés de quinquina et de charbon.*

« Le topique, ajoute ce médecin, qui m'a le mieux réussi dans le double but de parer aux inconvénients d'un suintement trop abondant, et de calmer les douleurs qui tourmentaient le malade, c'est l'*amidon sec*, avec lequel on saupoudre tous les points affectés, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de l'éruption. J'ai vu des malades couverts d'un pemphigus qui les enveloppait tout entiers, trouver dans l'emploi de ce topique une fraîcheur bienfaisante qui faisait taire toutes leurs souffrances, et amenait quelquefois aussi une modification très heureuse de la maladie elle-même. »

Parmi les moyens généraux, les *toniques* sont particulièrement recommandés;

on cherche à relever la constitution du malade, et, dans ce but, les *ferrugineux*, la *limonade vineuse*, le *café de glands* expérimenté avec succès par M. Cazenave, les *amers*, sont administrés avec persévérance, non seulement chez les vieillards et les individus affaiblis, mais aussi chez les sujets jeunes et robustes, dont le mal persiste avec opiniâtreté. L'état des voies digestives donnera la mesure de l'énergie qu'il faut donner à ce traitement.

« Les *limonades sulfurique* et *nitrique*, continuées avec persévérance, dit M. Rayer, ont aussi opéré plusieurs guérisons remarquables. »

Voici le traitement que propose M. Devergie (1) contre le *pemphigus labialis* dont il a donné la description : « La marche qui me paraît devoir être suivie pour son traitement, dit-il, est celle-ci :

» S'attacher d'abord à voir s'il existe quelques rapports entre la maladie locale et une altération des voies digestives ou de tout autre organe de l'économie ; interroger surtout les antécédents du malade, sa constitution, son tempérament; faire reposer la médication générale sur ces diverses conditions une fois connues et appréciées ; employer d'abord les émollients humides, ou les poudres absorbantes, ou les eaux acidules pour empêcher la formation de ces croûtes épaisses, dures, qui, sous l'influence de la compression déterminée par les aliments et les mouvements, irritent sans cesse les lèvres et favorisent la formation des bulles; modifier la forme morbide et l'habitude de la production morbide par des caustiques très doux, répétés à plusieurs jours et en tâtonnant un peu en raison du sujet, mais tellement composés qu'ils ne portent jamais une excitation trop vive. La *solution de nitrate acide de mercure* dont je me sers généralement dans ces cas, et dans des conditions analogues n'est pas celle du *Codex*. Je trouve ce dernier caustique beaucoup trop acide et beaucoup trop fort pour la généralité des maladies cutanées, qui, par leur chronicité, exigent l'usage de ces sortes de moyens.

» Je le formule ainsi :

℞ Protonitrate de mercure cristallisé	4 gram.	Eau.......................	8 gram.
Acide nitrique..............	2 gram.		

Ramenez le protonitrate de mercure à l'état pulvérulent ; faites-le dissoudre dans l'eau distillée que vous portez peu à peu jusqu'à l'ébullition ; retirez du feu et ajoutez goutte à goutte l'acide nitrique. Il se forme un peu de deutonitrate, mais dans une proporiion faible, quand l'opération est bien conduite.

» Il en est de même de l'*iode caustique*. Il est rare que je me serve de la formule de M. Lugol, qui s'adresse plus particulièrement au *lupus* et à toutes les affections scrofuleuses.

« Voici celle que j'emploie fréquemment :

℞ Iode....................	5 décigr.	Alcool à 36°.............	8 gram.
Iodure de potassium......	4 gram.		

Dissolvez et ajoutez :

Eau saturée de sel commun.................. 8 gram.

» Au surplus on modifie ces doses en raison des cas pour lesquels on en fait usage. »

(1) *Union méd.*, 30 mars 1847.



ARTICLE II.

RUPIA.

Willan et Bateman nous ont donné les premiers une bonne description du rupia. Souvent confondu avec d'autres affections cutanées, et surtout avec l'ecthyma, dont, selon la remarque de M. Cazenave (1), il semble, dans certains cas, n'être qu'une forme exagérée, il doit être rangé, en raison de sa lésion élémentaire, dans la classe des maladies bulleuses ; c'est pourquoi j'en place l'étude à côté du pemphigus et avant l'ecthyma, avec lequel il a une grande analogie. Je décrirai d'abord le *rupia simplex*, puis le *rupia proeminens*, qui n'est qu'un degré plus élevé du premier. Je parlerai ensuite du *rupia escharotica*, qui, par ses caractères tranchés, constitue une espèce complétement distincte.

§ I. — Définition, synonymie.

Le rupia est une affection cutanée caractérisée d'abord par des bulles plus ou moins volumineuses, isolées, aplaties, renfermant un liquide primitivement séreux, puis purulent, quelquefois noirâtre ; plus tard par des croûtes souvent très épaisses; enfin par des ulcérations.

Désigné quelquefois sous le nom d'*ulcères atoniques*, d'*ulcères croûteux*, le rupia est une maladie dont nous ne connaissons pas bien le degré de fréquence. M. Rayer le regarde comme peut-être plus fréquent que le pemphigus.

§ II. — Causes.

La misère, une nourriture insuffisante, l'*habitation des lieux humides et malsains*, le *grand âge*, les *scrofules*, une *constitution affaiblie* par les maladies et les excès de tous genres, telles sont les conditions que les auteurs s'accordent à regarder comme favorisant le développement du rupia. Selon eux, l'état *cachectique* est toujours la cause du *rupia escharotica*.

On observe aussi quelquefois le rupia à la suite de maladies *éruptives graves*, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole. On l'a vu compliquer le *pourpre hémorrhagique*. M. Marcel a lu à la Société médicale d'observation l'histoire d'un rupia qui s'était développé chez un individu affaibli depuis plusieurs années par des *pollutions nocturnes*. C'est là tout ce qu'on sait de l'étiologie de cette maladie, qui se montre *aux deux époques extrêmes de la vie*. On le rencontre, en effet, plus particulièrement chez les enfants délicats, faibles, et chez les vieillards débiles.

§ III. — Symptômes.

1° *Rupia simplex*. On voit apparaître, presque exclusivement, aux membres inférieurs, plus rarement au tronc et aux membres supérieurs, sans inflammation préalable, un certain nombre de *bulles* petites, aplaties, d'un centimètre de diamètre environ. Elles sont distendues par un *liquide* d'abord *séreux* et transparent, qui s'épaissit bientôt et se change en un véritable *pus*. Puis les bulles s'affaissent,

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVII, 1843, art. Rupia.

se plissent ; le liquide qu'elles renferment se concrète et se transforme en une *croûte*, brunâtre, rugueuse, toujours plus épaisse au centre qu'à la circonférence, et se continuant avec l'épiderme soulevé. A la chute de la croûte, on trouve des *ulcérations* superficielles qui tantôt se cicatrisent assez vite, tantôt se recouvrent de croûtes nouvelles. Tel est le *rupia simplex*, à la suite duquel il reste des *empreintes d'un rouge livide*, qui persistent encore quelque temps.

2° *Rupia proeminens.* Dans certains cas, les caractères du rupia sont plus tranchés ; les bulles sont plus grosses, les croûtes plus épaisses, les ulcérations plus profondes : c'est le *rupia proeminens.* Dans cette espèce, l'éruption bulleuse débute par une *inflammation circonscrite de la peau ;* puis, dans ce point enflammé, l'épiderme est soulevé plus ou moins promptement par une collection de sérosité citrine, quelquefois par un *liquide noirâtre assez épais*, qui se concrète rapidement en une *croûte flûtée*, d'un brun noirâtre. Celle-ci est entourée à sa base d'une *aréole érythémateuse* qui parfois devient le siége d'un soulèvement épidermique, et constitue une *nouvelle bulle* à laquelle succède une croûte qui s'ajoute à la première. Ce symptôme secondaire de l'éruption tend à l'augmenter et à l'étendre. Au bout d'un certain temps, de nouvelles croûtes s'ajoutant sans cesse à celle qui s'était formée la première, leur ensemble ressemble assez exactement à une *écaille d'huître.* D'autres fois, au contraire, l'accroissement de la croûte se fait en hauteur, et celle-ci peut dépasser la surface de la peau de plusieurs centimètres. Alors elle est conique et ressemble à ces coquillages univales appelés *lepas* ou *patelle.*

Les croûtes qui succèdent à la bulle du *rupia proeminens* sont ordinairement fort adhérentes et persistent assez longtemps. Lors de leur chute spontanée ou provoquée par des applications émollientes, on découvre des *ulcérations* d'étendue et de profondeur variables. Celles-ci se recouvrent bientôt d'une nouvelle croûte, ou bien elles laissent à nu un *ulcère blafard*, profond, arrondi, de 2 à 3 centimètres d'étendue, à bords tuméfiés, et d'un rouge livide. Les ulcérations, lentes à se cicatriser, surtout chez les vieillards, laissent après elles des cicatrices peu solides et des *empreintes purpurines* qui ne disparaissent qu'après un temps souvent fort long.

3° *Rupia escharotica.* Cette forme, souvent confondue avec l'*ecthyma cachecticum*, et décrite par quelques auteurs sous le nom de *pemphigus gangrenosus*, est propre aux enfants cachectiques, débilités, et ne les attaque que depuis leur naissance jusqu'à la première dentition. Elle siége surtout au cou, à la poitrine, à l'abdomen, au scrotum. Ses bulles sont toujours isolées et bien distinctes.

Dans ces cas, on voit apparaître à la peau des *taches livides*, légèrement *proéminentes*, sur lesquelles se développent bientôt des *bulles* distendues par un liquide séreux ou *sanguinolent.* Celles-ci, augmentant rapidement de volume, forment de *larges ampoules*, aplaties, irrégulières, entourées d'une *aréole violacée*, et contenant un *liquide noirâtre.* Ces bulles ne tardent pas à se flétrir, à se rompre, et à laisser à découvert des *surfaces ulcérées ayant un aspect gangréneux.* Ces ulcérations, larges, profondes, donnent lieu à une *suppuration fétide* et de mauvaise nature.

Bientôt après se montre une *nouvelle éruption*, et ces accidents peuvent se reproduire à plusieurs reprises. Ces éruptions successives déterminent de *très*

vives douleurs, surtout chez les très jeunes enfants. Elles causent l'insomnie, allument la fièvre, et, sous leur influence, la mort peut survenir rapidement. Dans les cas où l'issue est favorable, la cicatrisation est toujours lente à s'effectuer.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le rupia a une *marche* essentiellement chronique ; sa *durée*, qui peut n'être que de deux à trois septénaires, persiste souvent plusieurs mois. Il a souvent, chez les vieillards, une ténacité remarquable. La guérison, parfois longue à obtenir, est la *terminaison* la plus commune. Chez quelques vieillards, on ne peut parvenir à faire cicatriser les ulcères qui résultent de la chute des croûtes.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *pemphigus* et l'*ecthyma* sont les deux seules maladies de la peau avec lesquelles on pourrait confondre celle qui nous occupe.

Le *pemphigus* se distingue du rupia par ses bulles proéminentes, larges et distendues par un liquide toujours plus transparent et plus séreux, ainsi que par ses croûtes minces, lamelleuses, si différentes des croûtes caractéristiques du rupia.

L'*ecthyma*, qui se développe généralement dans les mêmes conditions que le rupia, en diffère au début par son état pustuleux ; plus tard, ses croûtes, quoique saillantes, sont irrégulières et plus adhérentes, et les ulcérations qui leur succèdent sont moins larges et moins profondes. Nous reviendrons sur ce diagnostic à l'article consacré à l'ecthyma.

Pronostic. Le rupia n'offre ordinairement aucun caractère sérieux ; il n'est réellement grave que quand il se présente sous la forme de *rupia escharotica*. Sa durée est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, subordonnée à l'âge de l'individu, au degré de ses forces, à l'ancienneté du mal, etc.

§ VI. — Traitement.

Si l'on se rappelle les conditions qui favorisent le développement du rupia, on comprendra que les moyens qui tendent à restaurer la constitution appauvrie doivent être une partie essentielle du traitement. Le *lait d'une bonne nourrice* pour les très jeunes enfants, un *régime alimentaire substantiel* et fortifiant, l'emploi des *vins généreux*, des *amers*, de quelques *toniques*, un air pur, des soins de propreté, etc., constitueront le *traitement général*.

Le *traitement local* consiste dans les moyens suivants, que je vais rapidement énumérer :

« *On ouvrira les bulles* de *rupia simplex*, dit M. Rayer, si elles contiennent de la sérosité ; *on les couvrira d'un linge fenêtré*, sur lequel on appliquera une petite quantité de charpie, et l'on maintiendra le tout au moyen d'un bandage compressif. »

Après la chute des croûtes, on pourra hâter la cicatrisation des ulcérations à l'aide de *lotions* avec le *vin aromatique* ou *miellé*, ou une solution de *crème de tartre*. De tous les topiques, suivant M. Rayer, celui qui réussit le plus constamment est la *crème de tartre*, dont on *saupoudre* la surface ulcérée. Quand les

ulcères sont douloureux, les *lotions* avec l'*eau de guimauve* seront faites avec avantage.

Dans les cas où les ulcères sont rebelles, comme cela arrive après la chute des croûtes de *rupia proeminens*, M. Cazenave recommande la *cautérisation ;* il veut qu'on touche profondément les points ulcérés avec le *nitrate d'argent*, ou qu'on les lave à plusieurs reprises avec l'acide *chlorhydrique* étendu d'eau. Si ces moyens ne suffisent pas, il conseille la cautérisation avec le *nitrate acide de mercure.* Il a souvent obtenu une cicatrisation prompte avec la pommade au *proto-iodure* de mercure, ou même au *deuto-iodure*, qui agit comme un véritable caustique.

On recommande le *repos* et la *position horizontale*, quand le rupia est fixé aux membres inférieurs. Quelques *bains simples ou alcalins* sont joints comme adjuvants aux moyens précédents. Les *topiques émollients* sont les seuls dont M. Cazenave recommande l'emploi dans le *rupia escharotica.*

CHAPITRE III.

AFFECTIONS PUSTULEUSES.

Les affections pustuleuses de la peau doivent être placées au rang des plus fréquentes. Dans ce chapitre, je n'aurai pas à m'occuper de plusieurs d'entre elles qui sont de la plus grande importance. Ce sont : la variole, la vaccine, et les éruptions qui tiennent à ces affections. J'en ai indiqué les raisons plus haut. J'entrerai donc en matière par la description de l'impétigo, puis j'exposerai l'histoire de l'ecthyma, du porrigo et des autres maladies pustuleuses non fébriles. Je ne m'occuperai pas des syphilides pustuleuses, dont la place est marquée ailleurs.

Les affections pustuleuses sont caractérisées par de *petites collections purulentes qui soulèvent l'épiderme sous forme de boutons blancs*, et qui reposent sur une *base enflammée.*

ARTICLE Ier.

IMPÉTIGO.

Le terme *impétigo*, qu'on trouve dans les anciens auteurs employé dans beaucoup d'acceptions différentes, doit être consacré, d'après les travaux de Willan et de Bateman, à désigner une éruption pustuleuse psydraciée bien distincte des autres affections dont la pustule est l'élément caractéristique.

Les auteurs anglais que je viens de citer admettaient cinq espèces d'impétigo : 1° *impetigo figurata*, 2° *impetigo sparsa*, 3° *impetigo scabida*, 4° *impetigo erysipelatodes*, 5° *impetigo rodens.* Cette division, qui ne repose guère que sur des différences de forme ou de gravité de la maladie, n'a pas été adoptée par les médecins modernes ; de plus, Biett, et, à son exemple, MM. Cazenave et Schedel, ont fait rentrer dans l'histoire de l'impétigo deux variétés comprises avant eux dans l'étude du *porrigo*, et désignées généralement sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata.* Je crois devoir me ranger à la manière de voir de ces au-

teurs : c'est pourquoi, me contentant de distinguer l'impétigo en *aigu* et en *chronique*, je rattacherai à ces deux grandes formes toutes les variétés principales ; puis, en raison de leur importance, je décrirai à part l'*impetigo larvalis* et l'*impetigo figurata*, qui ne doivent plus être compris dans l'histoire de l'éruption contagieuse appelée *porrigo*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Avec Willan, Biett, M. Cazenave, je définis l'impétigo comme il suit : C'est une maladie caractérisée par des *pustules psydraciées* (petites pustules), confluentes, donnant lieu à la formation de croûtes molles, jaunâtres, épaisses, irrégulières, qui se renouvellent par la dessiccation d'un suintement plus ou moins abondant, et laissent après elles des empreintes assez persistantes.

L'impétigo a reçu un assez bon nombre de noms divers : il me suffira de dire qu'il a été décrit sous les dénominations de *dartre croûteuse, gourmes, croûtes de lait ;* que Sauvages l'a appelé *tinea lactea*, Alibert *dartre crustacée*, *achore*, *tinea muciflua*, etc., etc. En me livrant à l'étude des symptômes, j'indiquerai les autres termes sous lesquels les auteurs ont désigné certaines variétés de l'éruption psydraciée.

Sans pouvoir indiquer d'une manière précise le degré de fréquence de l'impétigo, on peut dire que cette affection, la plus commune des maladies pustuleuses, est très fréquente, ce qui sera facilement admis, aujourd'hui qu'on a fait rentrer dans cette éruption quelques variétés assez communes et qui lui appartiennent véritablement.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On peut être affecté de l'impétigo à tout *âge ;* mais il est une forme qu'on observe plus particulièrement chez les très jeunes enfants, à l'époque de la première et de la seconde dentition : c'est l'*impetigo larvalis*, appelé vulgairement *croûtes de lait*.

Le *sexe* féminin, surtout à l'époque critique, le *tempérament lymphatique*, une *peau fine* et blanche, doivent, suivant les auteurs, être rangés parmi les causes prédisposantes de cette affection. L'*automne* et le *printemps* seraient aussi, d'après eux, particulièrement favorables au développement de l'impétigo, et quelques individus en seraient périodiquement atteints à ces époques pendant plusieurs années consécutives.

Viennent enfin ces conditions que nous avons si souvent occasion de citer, telles que la misère, la malpropreté, l'ivrognerie, etc., etc., et qu'on retrouve dans l'étiologie de toutes les affections cutanées, sans qu'on puisse apprécier l'action réelle de chacune d'elles en particulier.

2° Causes occasionnelles.

Ces causes sont mal connues. Il n'est pas rare de voir l'éruption pustuleuse se développer chez des individus qui, dans les travaux de leur profession, sont en contact avec des *substances irritantes*, telles que le sucre brut, la chaux, les poussières métalliques. Quelquefois à la suite d'une *émotion morale*, d'un *excès de table*, de l'exposition à une *chaleur brûlante*, on a vu apparaître les pustules d'im-

pétigo. Cette maladie, qui complique souvent d'autres affections cutanées, telles que le lichen et la gale, ne se transmet pas par *contagion*.

§ III. — Symptômes.

1° *Impétigo aigu.* Rarement précédée d'un peu de malaise, de céphalalgie, d'inappétence, l'éruption débute par des *taches* rouges, assez distinctes et un peu saillantes, qui sont le siége d'un sentiment de *chaleur* quelquefois très douloureux.

Sur ces taches apparaissent bientôt de petites *pustules* généralement assez rapprochées, parfois isolées, quelquefois confondues entre elles. Ces pustules, aplaties, superficielles, ont acquis tout leur développement en trente-six ou quarante-huit heures, et elles ont alors la grosseur d'un grain de millet; ensuite elles s'ouvrent et laissent échapper un *liquide purulent* qui se dessèche et donne lieu à des *croûtes* jaunes sur lesquelles nous appellerons l'attention.

Les *croûtes de l'impétigo*, comme le fait très bien remarquer M. Cazenave (1), ressemblent assez, dans les premiers temps, à des larmes d'ambre; puis elles s'épaississent, deviennent rugueuses, inégales, et conservent toujours un certain degré de transparence qui les a fait comparer à des fragments de miel desséché (*melitagra flavescens*, d'Alibert), aux grains jaunes et brillants du succin, au suc gommeux de certains arbres, etc.

Peu adhérentes, du reste, ces croûtes sont comme déposées à la surface de la peau; leur consistance molle est due au *suintement continuel* qui les accompagne, en sorte que, parvenues à une épaisseur quelquefois considérable, elles se fendent et laissent sourdre à travers leurs fissures un *liquide ichoreux*. Après leur chute, on aperçoit une surface qui est le siége d'une *sécrétion purulente*, et qui se recouvre bientôt de croûtes nouvelles.

Ordinairement, vers la fin du second septénaire, les croûtes deviennent moins épaisses, se détachent en portions plus sèches et grisâtres, et le suintement se tarit graduellement. Bientôt après, il ne reste plus de l'éruption qu'une *empreinte brunâtre* qui persiste assez longtemps.

« Chose remarquable, dit M. Cazenave, l'impétigo peut, alors que les pustules ont cessé, se continuer pendant un peu de temps encore par une sorte d'état squameux qui le fait ressembler à un eczéma : il semble que l'inflammation se décompose et s'éteigne; que de tous les éléments morbides qui constituent l'impétigo, il ne reste plus qu'une petite phlegmasie séreuse qui donne lieu à la desquamation que je signale ici, et qui d'ailleurs passe elle-même assez rapidement. »

2° *Impetigo erysipelatodes.* Il peut arriver qu'un plus haut degré d'inflammation accompagne les phénomènes de l'éruption, ainsi que son développement; alors l'impétigo est annoncé par des troubles généraux plus marqués; la douleur locale est plus vive; les pustules reposent sur des taches érysipélateuses largement développées : c'est ce que Willan appelait *impetigo erysipelatodes.* Ces cas, d'ailleurs, ne sont pas fréquents, et ne diffèrent en rien, pour le reste de la description, de l'impétigo aigu.

3° *Impétigo chronique.* Cette forme peut s'établir de deux manières : tantôt constitué par une *série d'éruptions aiguës* successives, l'impétigo se comporte, à

(1) *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 68.

chaque nouvelle attaque pustuleuse, comme nous venons de le dire, et se renouvelle incessamment, soit dans le même point, soit dans un autre ; tantôt, au contraire, l'affection se perpétue sur place, sans aucune trace d'acuité. Dans ce dernier cas, *il n'y a plus, pour ainsi dire, d'éruption*, et les *croûtes*, *continuellement grossies par le suintement purulent*, acquièrent un certain volume et une coloration noirâtre. Peu adhérentes, elles se détachent facilement, mais se reforment vite et de toutes pièces, sans succéder à des pustules détachées.

4° *Impetigo scabida.* Dans certains cas, et surtout chez les individus dont la constitution est détériorée, les *croûtes* peuvent devenir énormes ; rugueuses et verdâtres, elles enveloppent parfois un membre tout entier. A travers leurs fissures, s'échappe un *liquide ichoreux* et brunâtre, exhalant souvent une odeur fétide : c'est là l'*impetigo scabida* de Willan.

A ce degré, l'impétigo peut se compliquer d'œdème, d'ulcérations, etc. Il peut aussi, lorsqu'il siége aux orteils, entraîner la chute des ongles, les déformer, les rendre ternes, cassants.

5° *Impetigo figurata.* L'éruption pustuleuse, telle que nous venons de la décrire, peut se présenter sous deux aspects dont Willan a cru devoir faire deux variétés. Dans l'une, les pustules, plus ou moins agglomérées, occupent une surface variable, mais assez exactement circonscrite, ovale ou circulaire : c'est l'*impetigo figurata.*

6° *Impetigo sparsa.* Dans l'autre, au contraire, les pustules sont disséminées, éparses, et n'affectent aucune forme particulière ; c'est l'*impetigo sparsa.* Entre ces deux formes, il y a de nombreux degrés intermédiaires.

§ IV. — Siége.

L'impétigo peut occuper tous les points de la surface cutanée ; cependant on voit plus particulièrement l'*impetigo sparsa* affecter les membres et le pli des articulations. L'*impetigo figurata* se développe de préférence à la face, et aux joues en particulier. Tantôt il recouvre un membre tout entier, tantôt il reste borné à une seule région. En général, l'*impetigo figurata* n'occupe au visage qu'une surface limitée, la lèvre supérieure, par exemple, les paupières, etc.

Ici se place naturellement la description des deux formes que Biett et MM. Cazenave et Schedel ont, ainsi que je l'ai dit plus haut, retranchées du genre *porrigo;* elle complétera l'étude des symptômes de l'impétigo, dont il faut les considérer comme deux variétés.

a. IMPETIGO LARVALIS, VULGAIREMENT CROUTES DE LAIT ET TEIGNE MUQUEUSE.

Cette forme de l'impétigo, qu'on observe surtout *chez les jeunes enfants*, se manifeste par une éruption de *pustules* plus ou moins confluentes, et réunies en groupes.

Croûtes de lait. Tantôt cette éruption occupe la presque totalité du visage, comme le ferait un masque, d'où lui vient le nom de *larvalis*, et tantôt elle est bornée aux joues, aux lèvres, aux oreilles, à une portion du cuir chevelu.

Aux pustules succèdent bientôt des *croûtes* jaunes et verdâtres, le plus souvent minces et lamelleuses, qui, en se détachant, laissent à découvert une *surface rouge, enflammée*, se recouvrant bientôt de nouvelles concrétions croûteuses. Quelquefois

le *suintement* est si abondant, qu'il ne se concrète pas, et l'on voit un *liquide visqueux*, âcre, s'écouler par une foule de petits points.

Ne consistant souvent, chez les très jeunes enfants, qu'en un petit nombre de croûtes minces répandues sur les tempes, et ne donnant lieu qu'à un suintement peu abondant, l'*impetigo larvalis* constitue une affection bénigne qu'on a désignée souvent sous le nom de *croûtes de lait.* Si l'éruption est plus intense, les surfaces se recouvrent d'incrustations jaunes, épaisses, exhalant une odeur nauséabonde. Alors les démangeaisons sont vives ; souvent les *ganglions lymphatiques voisins s'enflamment* et suppurent ; il y a *coryza*, *otite*, *ophthalmie.*

Teigne muqueuse. Lorsque l'affection gagne le cuir chevelu, les cheveux sont collés ensemble et enfermés dans des croûtes irrégulières, jaunâtres, recouvrant une surface variable. C'est cet état qu'on trouve, dans certains auteurs, décrit sous le nom de *teigne muqueuse* (*achor mucifluus*).

Après un certain temps, le suintement diminue ; les croûtes, plus minces, plus blanches, reposent sur une surface moins rouge, et finissent par être remplacées par une *desquamation* légère, qui annonce la terminaison heureuse de la maladie. « Et, chose remarquable, dit M. Cazenave (1), là où existait une éruption en apparence si grave, souvent sillonnée de fissures, de crevasses, d'où l'on voyait souvent, sous l'influence de l'action des ongles des enfants, le sang ruisseler, mêlé à un liquide séro-purulent, non seulement on n'observe jamais de cicatrice, mais on ne retrouve plus qu'une teinte rosée qui ne tarde pas à se dissiper. »

b. IMPETIGO GRANULATA (TEIGNE GRANULÉE).

Il a pour *siége* exclusif le *cuir chevelu*, et se trouve désigné souvent sous le nom de *teigne granulée* (*porrigine granulée*, Alibert); c'est, comme nous l'avons dit, le *porrigo granulata* de Willan.

Cette forme est caractérisée par la présence, au milieu des cheveux, de *petites croûtes* séparées, grisâtres, d'une figure très irrégulière. L'éruption s'accompagne d'une *inflammation* assez vive et de beaucoup de *démangeaison.* Puis apparaissent des *pustules* d'un blanc jaunâtre, *traversées à leur centre par un cheveu*, et s'ouvrant au bout de deux à quatre jours.

Le *suintement* qui s'établit alors est assez abondant ; il donne lieu aux croûtes caractéristiques dont nous venons de parler.

Ces *croûtes*, qui deviennent dures, bosselées, prennent une *couleur* brune ou gris foncé ; elles ont été comparées par Alibert à de petits grains de mortier. De petites *granulations* sèches, friables, se détachent et restent éparses çà et là dans les cheveux, qui en sont comme hérissés.

Les *cheveux*, qui ne sont jamais détruits, se trouvent réunis en groupes par une agglomération de croûtes. En même temps il s'exhale de la tête une *odeur nauséabonde*, et, dans certains cas, des *poux* pullulent au milieu des croûtes et des cheveux. Cette odeur, selon MM. Cazenave et Schedel, n'existe pas chez les individus qui ont recours aux soins de propreté, et même alors, le plus souvent, les croûtes ne présentent plus leurs caractères distinctifs, et ressemblent à celles de l'impétigo situé sur un autre point de l'enveloppe cutanée. Cette variété est d'ailleurs peu fréquente.

(1) *Dict. de méd.*, art. IMPÉTIGO.

c. IMPETIGO RODENS.

Je me contenterai de mentionner cette forme de l'impétigo, aussi rare que peu connue encore. Biett l'avait signalée; M. Cazenave n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples. Dans cette variété, la maladie, qui commence par une pustule, laisse, après la chute des croûtes, des *ulcérations*, et par suite de véritables cicatrices.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Après les détails dans lesquels je suis entré sur le développement de l'éruption pustuleuse, il me reste peu de chose à ajouter sur sa *marche*. L'impétigo aigu parcourt ses périodes avec une certaine régularité qu'on retrouve dans ses différentes variétés. Je rappellerai seulement qu'à l'état chronique, tantôt la maladie se compose d'une succession d'éruptions aiguës qui se prolongent un certain temps, tantôt elle se perpétue sur place sans aucune trace d'acuité.

L'impétigo *aigu* a une *durée* qui ne dépasse pas ordinairement deux ou trois septénaires. A l'état *chronique*, il peut durer indéfiniment, et souvent alors il est lié à un mauvais état de la constitution. La durée de l'*impetigo granulata* est variable; elle dépasse rarement quelques mois; celle de l'*impetigo larvalis* est généralement longue; on voit cette affection persister des années entières.

La guérison, qui est la *terminaison* de la maladie dans l'immense majorité des cas, s'annonce généralement par la diminution de la sécrétion purulente; les croûtes se forment de plus en plus lentement et deviennent plus sèches et plus minces. Une légère desquamation termine bientôt la maladie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. A l'état pustuleux, l'impétigo sera toujours facile à reconnaître. Des pustules psydraciées, isolées ou rassemblées en groupes ne sauraient, en effet, être confondues avec les vésicules de l'*herpès* et de l'*eczéma*, ni avec les bulles du *pemphigus* et du *rupia*. Il en est de même relativement aux grosses pustules (*phlyzaciées*) de l'*ecthyma*.

Les pustules de l'*impetigo figurata*, lorsqu'elles occupent le menton, pourraient être prises pour des pustules de *mentagre;* mais celles-ci en diffèrent en ce qu'elles sont plus saillantes, isolées, suintent beaucoup moins, et reposent sur une base calleuse ou tuberculeuse.

Les *croûtes* de l'impétigo, avec leur couleur jaune, leur épaisseur, leur demi-transparence, leur aspect rugueux, inégal, leur friabilité, leur faible adhérence, offrent des caractères qui les font distinguer des *croûtes lamelleuses* des affections vésiculeuses. Nous avons décrit ailleurs les croûtes caractéristiques du *rupia;* celles de la *mentagre* sont plus sèches, plus foncées en couleur que celles de l'impétigo, et elles ne se reproduisent qu'après une nouvelle éruption.

Dans quelques cas d'*impetigo larvalis* de longue durée, les cheveux tombent dans une plus ou moins grande étendue : cette *alopécie accidentelle* diffère de celle qui a lieu dans le *porrigo*, en ce que les cheveux repoussent. Cependant, chez quelques enfants, l'impétigo laisse une alopécie incurable, le bulbe des cheveux se trouvant atrophié. Nous reviendrons sur ce point quand il sera question du porrigo.

Pronostic. L'impétigo aigu est le plus souvent une maladie légère, surtout chez les sujets jeunes et robustes ; il n'a quelque gravité que lorsqu'il survient chez des individus qui ne prennent aucun soin de propreté et ont une constitution débile. En pareil cas, il se perpétue avec une grande opiniâtreté.

L'aspect effrayant de l'éruption, chez les enfants affectés d'*impetigo larvalis*, ne doit pas alarmer sur l'issue de la maladie : le médecin pourra, sur ce point, rassurer les parents, et prédire, comme nous l'avons dit plus haut, une terminaison favorable.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement de l'impétigo aigu.* A l'*état aigu*, l'impétigo ne réclame pas une médication active : quelques *boissons rafraîchissantes* ou acidules, le *repos*, un *régime doux*, quelques *lotions émollientes*, suffisent en général pour amener une prompte guérison. Si l'éruption a une étendue considérable, et si elle s'accompagne d'une réaction fébrile marquée, on pratique avec avantage, chez les sujets jeunes et vigoureux, quelques *émissions sanguines* générales ou locales, et l'on y joint quelques *bains tièdes* et de faibles *laxatifs*.

Quand l'impétigo occupe le cuir chevelu, il faut avoir soin de *couper les cheveux très court* et d'*enlever les croûtes* à l'aide de *cataplasmes* ou de *lotions mucilagineuses*, afin de mettre à nu les surfaces malades, sur lesquelles on pourra appliquer des médicaments topiques. Cette précaution est applicable à tous les cas d'affections croûteuses qui ont leur siége dans le cuir chevelu et les endroits garnis de poils. Elle n'est cependant pas absolument indispensable lorsque des soins assidus et intelligents peuvent être donnés aux malades. Dans plusieurs cas d'*impetigo granulata* (*teigne granulée*) chez des jeunes filles, j'ai pu, en effet, faire conserver les cheveux et triompher de la maladie en quelques jours, ainsi qu'il suit :

Je faisais, avec une brosse et de l'eau de savon, laver très exactement la tête, en écartant les cheveux dans tous les points du cuir chevelu sans exception. Puis tous ces points étaient légèrement frictionnés avec la pommade suivante :

℞ Calomel............ de 3 à 5 gram. | Axonge................ 30 gram.

Cette opération était pratiquée matin et soir, et, au bout de dix à quinze jours, les croûtes, souvent considérables, et l'engorgement des ganglions du cou, conséquence de la maladie, étaient complétement dissipés.

Mais cette opération est longue et pénible ; elle dure au moins une demi-heure matin et soir ; il faut presque du dévouement pour s'en charger, et ce n'est guère que chez les mères qu'on le trouve. Si l'on n'avait pas la conviction la plus profonde que les choses se feront avec tout le soin nécessaire, il ne faudrait pas hésiter un seul instant à sacrifier les cheveux.

En général, dans les premiers temps de l'éruption, les médicaments locaux seront choisis dans les émollients, soit cataplasmes, soit lotions ; les pommades soufrées, les bains sulfureux, seront sévèrement proscrits. On vient de voir les heureux effets qu'on peut obtenir de l'emploi de la *pommade au calomel*.

2° *Traitement de l'impétigo chronique.* Le traitement de l'*impétigo chronique*, tel qu'il a été recommandé par les auteurs, se compose d'une foule de médicaments dont il serait difficile d'apprécier aujourd'hui la véritable valeur. Les *mer-*

curiaux, les *acides*, les *alcalins*, etc., ont été vantés tour à tour. C'est ce qui arrive toujours dès qu'il s'agit d'une maladie de la peau dont la durée se prolonge. On cherche sans cesse des moyens nouveaux, on ne réussit pas le plus souvent, et l'on ne fait que trahir les embarras d'une thérapeutique généralement incertaine et impuissante. Je me bornerai à consigner ici ce qui m'a paru le plus important à connaître pour la guérison de cette affection.

Les *bains et les douches de vapeur*, en détachant les croûtes et en changeant le mode de vitalité des tissus, suffisent, dans un bon nombre de cas, pour procurer une terminaison favorable.

Il est souvent nécessaire de remplacer les bains de vapeur par les *bains alcalins*, et surtout par les *bains sulfureux*. Ceux-ci, presque toujours nuisibles à l'état aigu, trouvent ici leur application la plus heureuse. Des faits nombreux prouvent que les eaux d'Enghien, les Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Baréges, etc., ont une efficacité réelle dans cette maladie. Ces eaux sont administrées tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

M. Cazenave dit avoir vu plusieurs cas dans lesquels les *bains de mer* ont été suivis de bons résultats, et Bateman regarde, pour les *formes sèches de l'impétigo*, l'usage des eaux d'Harroffigate comme le remède le plus efficace.

Les *lotions alcalines*, les lotions d'*eau acidulée*, et en particulier avec l'*acide chlorhydrique*, ont parfois contribué puissamment à la guérison d'anciens impétigos. Dans ces cas aussi, on a obtenu des avantages marqués en promenant sur la surface malade un pinceau trempé dans un *acide affaibli* ou une solution étendue de *nitrate d'argent*. Cette légère cautérisation doit être suivie immédiatement d'une *aspersion d'eau simple*, afin de modérer l'énergie du caustique.

M. Rayer, dans les cas où l'impétigo est borné à une petite surface, dit s'être servi avec avantage de la pommade suivante :

♃ Protonitrate de mercure. 1,30 gram. | Axonge................ 30 gram.

Un certain nombre d'impétigos qui avaient résisté à l'emploi d'une foule de moyens ont cédé promptement, entre les mains de Biett, de MM. Rayer, Cazenave, à l'usage des *préparations arsenicales*, et notamment à la *solution de Pearson*, dont voici la formule :

♃ Arséniate de soude cristallisé. 0,05 gram. | Eau distillée............. 32 gram.

Dose : chez les adultes, 20 gouttes dans la journée, dans un verre d'eau sucrée.

Biett employait la solution suivante :

♃ Arséniate d'ammoniaque. 0,20 gram. | Eau distillée............ 32 gram.

Mêlez. Dose : de 12 gouttes à 2 et même à 4 grammes et plus, progressivement, et avec prudence.

On ne saurait trop recommander au praticien d'être réservé dans l'emploi de ces préparations arsenicales, dont néanmoins nous ne devons pas nous priver, car elles réussissent dans des cas très rebelles.

Dans l'*impetigo larvalis* (croûtes laiteuses), M. Cazenave recommande d'insister sur les *lotions d'eau tiède* et de *lait ;* chez les enfants à la mamelle, la seule médication, selon lui, consiste à conseiller à la nourrice *de faire jaillir du lait de son*

sein, et d'en arroser les surfaces malades. Il est important aussi d'avoir recours aux *bains* entiers tièdes et émollients.

M. le docteur Don Serapio Escolar (1) emploie contre le *porrigo larvalis l'iodure de soufre à l'intérieur et à l'extérieur* de la manière suivante :

1° Tous les jours prendre à l'intérieur de 5 à 7 centigrammes d'iodure de soufre.

2° Faire matin et soir des frictions avec la pommade suivante :

℞ Axonge................	32 gram.	Essence de roses........	6 gouttes.
Iodure de soufre........	2 gram.		

Mêlez.

3° Un purgatif salin chaque semaine, l'usage du lait de vache, un exercice modéré, et une propreté extrême secondent le traitement.

M. Sarti (2) propose la *vaccination*, et voici les faits sur lesquels il se fonde :

Sur 89 cas dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu chez 25 diminution prompte et durable des croûtes laiteuses, et chez 58 guérison immédiate et radicale. Chez 2 enfants, la vaccine a échoué, et il n'y a pas eu d'amélioration.

ARTICLE II.

ECTHYMA.

Willan, après avoir classé l'ecthyma parmi les maladies pustuleuses, en a admis plusieurs variétés, et après lui Bateman en a décrit quatre, qui sont : 1° l'*echtyma vulgare*, 2° l'*ecthyma infantile*, 3° l'*ecthyma luridum* et 4° l'*ecthyma cachecticum*. Ces distinctions ont été rejetées par Biett (3), qui ne les trouve fondées que sur des circonstances accidentelles. Alibert avait étudié à part l'*ecthyma aigu* et l'*ecthyma chronique* (4), et M. Rayer (5) a adopté la même division. C'est aussi celle que nous suivrons en présentant l'histoire de cette maladie, sur laquelle M. Cazenave (6) a publié des recherches pleines d'intérêt.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*ecthyma* une inflammation de la peau caractérisée par des pustules phlyzaciées, larges, arrondies, ordinairement discrètes, à base dure, enflammée, auxquelles succèdent des croûtes brunes, épaisses, laissant après leur chute une empreinte rouge qui persiste plus ou moins longtemps, ou bien, ce qui est plus rare, une véritable cicatrice.

L'ecthyma, désigné par Alibert (7) sous le nom de *phlyzacia*, et sous celui d'*epinyctis* par Sauvages, Vogel, etc., est une maladie *assez commune*. J'ai signalé, en parlant de la gale, une complication fréquente de cette affection, qui consiste dans le développement des pustules d'ecthyma.

(1) *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, octobre 1847.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 avril 1852.
(3) *Dict. de méd.*, t. XI, art. ECTHYMA, 1835.
(4) *Monograph. des dermat.;* Paris, 1832.
(5) *Traité théor. et prat. des malad. de la peau.*
(6) *Ann. des malad. de la peau et de la syph.*, t. I, 1844.
(7) *Loc. cit.*

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Aucun *âge* n'est à l'abri de l'ecthyma, aucune *constitution* n'en est exempte; mais il est bien plus fréquent de l'observer chez les *individus affaiblis* par les fatigues, par les maladies, chez les vieillards débiles, en un mot chez tous les sujets dont la constitution a reçu une atteinte plus ou moins profonde.

La *misère*, la *malpropreté*, les *chagrins*, la *débauche*, ont la même action sur le développement de l'ecthyma. Les *hommes*, qui en sont plus fréquemment atteints que les femmes, n'ont probablement ce privilége que parce qu'ils se trouvent plus souvent qu'elles sous ces fâcheuses influences.

Selon Biett, l'automne et l'hiver paraissent les *saisons* les plus propres à faire naître ces affections. Après certaines *fièvres éruptives*, les varioles surtout, on voit souvent des éruptions successives de pustules d'ecthyma qui prolongent la convalescence.

2° Causes occasionnelles.

Certaines *applications emplastiques*, des *frictions irritantes*, par exemple *avec l'huile de croton* ou avec le *tartre stibié*, déterminent les pustules phlyzaciées de l'ecthyma. En substituant les lotions aux frictions graisseuses dans le traitement de la gale, on constate, suivant la remarque de M. Legendre, que cette éruption se complique plus fréquemment d'ecthyma.

« Une cause assez fréquente d'ecthyma, et qu'il faut considérer comme cause locale, c'est, dit M. Cazenave, la *présence d'une autre éruption* qu'il vient compliquer sans l'intervention du traitement. Je citerai encore la gale elle-même, qu'il est fréquent de voir accompagnée de pustules ecthymoïques, alors que les malades n'avaient encore rien fait pour la combattre; c'est cette gale, du reste, qu'Alibert a décrite sous le nom de gale pustuleuse.

» Il faut cependant certaines conditions particulières pour déterminer la présence de pustules phlyzaciées compliquant une autre maladie de la *peau;* il faut surtout que celle-ci ait été *puissamment excitée*, et principalement d'une certaine façon. Ainsi ce n'est pas l'impétigo, par exemple, qui se complique le plus ordinairement de l'ecthyma, bien que ces deux éruptions semblent se rapprocher *à priori* par leur nature et leur forme pustuleuse; mais ce sont les maladies accompagnées de prurit; et c'est à cette dernière condition que je n'hésite pas à attribuer la fréquence de la réunion de l'ecthyma avec la gale. Après cette dernière affection, ce sont les maladies papuleuses, le prurigo et le lichen, avec lesquelles on observe le plus souvent les pustules d'ecthyma. »

Telles sont les causes de l'ecthyma; comme on le voit, elles agissent de deux manières: ou localement, ou généralement en affaiblissant la constitution.

§ III. — Symptômes.

1° *Ecthyma aigu.* Assez rare au tronc, l'ecthyma aigu se développe habituellement aux bras et aux mains.

L'éruption apparaît sous forme de *points rouges* assez nettement circonscrits; elle est annoncée par une *douleur* souvent vive et piquante s'accompagnant d'un

sentiment de *cuisson.* Au centre de ces petites plaques s'élève bientôt une petite *collection d'un liquide* ordinairement *purulent* dès le début, et quelquefois séro-purulent. Cette collection purulente, entourée d'une *aréole d'un rouge vif,* constitue ce qu'on appelle une *pustule phlyzaciée,* à cause de sa largeur et de son peu de saillie. En effet, dans certains points, à la paume des mains, par exemple, l'épiderme paraît à peine soulevé.

Une fois formée, la pustule reste intacte pendant quelques jours, et, ce qui est digne de remarque, quelquefois plus d'une semaine; puis le liquide qu'elle renferme se coagule et se convertit en une petite *croûte* brunâtre peu épaisse et assez adhérente. Si la pustule est rompue avant la formation de la croûte, on aperçoit une petite *cavité* dont le fond est rouge, comme *excorié.* A la chute de la croûte, le derme conserve une *empreinte* violacée qui persiste longtemps.

L'éruption des pustules d'ecthyma est ordinairement successive et ne *détermine aucun mouvement fébrile.* Les symptômes locaux, bien qu'ils annoncent l'inflammation du derme, sont en effet trop faibles pour qu'un aussi petit nombre de pustules, se développant à la fois, puisse produire le moindre trouble général. Parfois cependant les choses se passent un peu différemment, ce qui tient aux circonstances suivantes :

Quelquefois les pustules, au milieu de leur développement, paraissent être le siége d'un *mouvement fluxionnaire :* elles augmentent de largeur et de saillie et ressemblent assez bien, dans ces cas, à certaines bulles de pemphigus.

Dans quelques cas plus rares, l'éruption est simultanée et précédée de *symptômes généraux,* tels que malaise, mouvement fébrile, etc. Alors les pustules, discrètes, plus petites, répandues sur une surface plus ou moins large, suivent ensemble les diverses phases de l'éruption. En général, celle-ci est douloureuse et s'accompagne d'un gonflement comme érysipélateux des surfaces affectées.

2° *Ecthyma chronique.* Plus fréquent que l'ecthyma aigu, l'ecthyma chronique a pour siége de prédilection les membres inférieurs; ses pustules, plus rares, quelquefois au nombre de trois ou quatre seulement, sont généralement moins circonscrites; elles sont aussi plus larges que celles de l'ecthyma aigu, et *atteignent souvent l'étendue d'une pièce d'un franc et au delà.* La *peau,* siége de l'éruption, est à peine enflammée; la pustule se forme avec peine, et reste quelquefois flasque et plissée, perdant en saillie ce qu'elle gagne en étendue. L'*aréole* qui l'entoure est un cercle dont la couleur varie depuis le rouge pâle jusqu'à la teinte brune violacée; le *liquide* qu'elle renferme, ordinairement peu épais, quelquefois noirâtre ou sanguinolent, se convertit en une croûte le plus souvent noirâtre, parfois très adhérente, laissant après elle une *excoriation* sanieuse, puis une *empreinte* qui reste longtemps foncée : une véritable *petite cicatrice.*

C'est cette variété d'ecthyma, comme le fait remarquer M. Rayer, qu'on rencontre chez les enfants faibles, mal nourris ou convalescents de variole (*ecthyma infantile*) : dans ces cas, les pustules sont ordinairement peu volumineuses.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, la *marche* de l'ecthyma aigu est subordonnée au développement des pustules; elle est plus rapide quand l'éruption s'accompagne de phénomènes inflammatoires. A l'état chronique, l'affection affecte une marche essentiellement

lente, et sa *durée* peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. L'*ecthyma aigu* a ordinairement une durée de plusieurs semaines, entretenu qu'il est par l'apparition successive de nouvelles pustules. C'est ce qui a lieu quand il a été produit par une cause permanente et quand il accompagne une autre affection cutanée.

La guérison est la *terminaison* habituelle de l'ecthyma.

§ V. — Lésions anatomiques.

Biett avait pensé que le siége des pustules était dans les follicules sébacés. Pour M. Cazenave, l'ecthyma est une inflammation de la surface de la peau, avec tous ses caractères, et dans laquelle sont intéressés plusieurs des éléments de cette membrane. « Il y a, dit ce médecin (1), manifestement douleur, afflux de liquide, congestion sanguine, fluxion séreuse, formation de pus. »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Le *rupia*, que nous avons décrit dans l'article précédent, est la maladie avec laquelle il serait possible de confondre l'ecthyma, et c'est sans doute ce qui a engagé M. Plumbe à proposer de réunir en une seule ces deux affections. Tout en reconnaissant qu'on les rencontre assez souvent dans des conditions analogues, et qu'au début, dans certains cas, rares néanmoins, la lésion élémentaire paraît être la même, on doit convenir que l'ecthyma diffère toujours du rupia par son état *pustuleux* dès le commencement du soulèvement épidermique.

On ne confondra pas non plus les larges pustules phlyzaciées de l'ecthyma avec les petites pustules de l'*impetigo* et les pustules ombiliquées de la *variole*.

La seule difficulté est celle qui permet de confondre l'ecthyma simple (*ecthyma cachecticum*) avec l'*ecthyma syphilitique :* je renvoie ce diagnostic à l'étude des syphilides où il trouvera naturellement sa place.

Pronostic. L'ecthyma ne saurait jamais être regardé comme une affection grave par elle-même. A l'état aigu, c'est une maladie légère; à l'état chronique, il indique un état de faiblesse, de détérioration de l'économie, mais par lui-même il n'ajoute rien à la gravité du mal.

§ VII — Traitement.

Dans l'*ecthyma aigu*, quand l'éruption ne consiste qu'en un nombre peu considérable de pustules, les auteurs conseillent de s'en tenir à l'usage des *délayants*, des *bains frais*, des *bains d'eau de son*, et à prescrire un régime doux et le repos.

Si, au contraire, chez un sujet robuste, l'*éruption s'accompagne de fièvre*, si les surfaces où elle se développe sont douloureuses ou fortement enflammées, on pratique avec avantage quelques *émissions sanguines*, et les bains frais sont plus fréquemment répétés. Vers la fin de l'affection, on joint à ces moyens quelques *purgatifs légers*.

Quant à l'*ecthyma chronique*, le médecin doit suivre une conduite toute différente, et l'état général sous l'influence duquel l'affection pustuleuse s'est dévelop-

(1) *Loc. cit.*

pée doit fixer particulièrement son attention. C'est ainsi que chez les individus dont la constitution est affaiblie, on prescrit un *régime* tonique et fortifiant ; l'usage des *amers*, des *ferrugineux ;* quelques *bains gélatineux* ou *alcalins*. Le malade doit être en outre soumis à toutes les conditions d'une hygiène bien entendue.

Chez les *enfants à la mamelle*, il faut surveiller la qualité du *lait* qu'on leur donne ; quelquefois un *changement de nourrice* a suffi pour obtenir dans l'état du petit malade les plus heureuses modifications.

En général, dit M. Cazenave, l'éruption par elle-même ne réclame l'emploi d'*aucun topique ;* il y a cependant quelques cas dans lesquels les excoriations de mauvaise nature, qui appartiennent à certaines formes de l'ecthyma, réclament l'application de certaines pommades astringentes, ou même quelques cautérisations légères avec le *nitrate d'argent* ou un *acide* étendu.

Les *ulcérations* qui succèdent à la chute des croûtes, et qui, chez certains vieillards, sont si longues à cicatriser, seront favorablement excitées, selon M. Rayer, par des lavages avec des *décoctions aromatiques*, ou une solution de *chlorure de chaux*, ou encore en les saupoudrant de *crème de tartre*.

Ce traitement bien simple ne demande pas d'autres détails.

ARTICLE III.

PORRIGO (*teigne*).

Il n'est pas de partie de la pathologie cutanée qui ait offert jusqu'à nos jours plus de confusion que celle dont je vais m'occuper. Sous le nom de *porrigo* et sous le nom de *teigne* qui lui correspond exactement, on a décrit une multitude d'affections diverses, qui n'avaient de commun que leur siége, et dont j'ai eu déjà occasion de signaler quelques unes. Les travaux de Biett et de M. Cazenave sont ceux qui ont jeté le plus de jour sur ce point obscur. Grâce à eux, on peut aujourd'hui donner le nom de porrigo ou de teigne à une espèce distincte, et ranger les autres affections du cuir chevelu avec les affections du même genre, quoique le siége soit différent.

Les Grecs reconnaissaient cinq espèces de *porrigo*. Guy de Chauliac admettait également cinq formes de teigne dont voici l'énumération : *Tinea favosa*, *T. ficosa*, *T. medosa*, *T. uberosa*, *T. lupinosa*. Alibert, au commencement de ce siècle, décrivit cinq espèces de teigne, qui sont les suivantes : *teignes muqueuse*, *furfuracée*, *amiantacée*, *granulée*, *faveuse*. Willan, en adoptant la dénomination de *porrigo*, en établit les six variétés suivantes : *porrigo larvalis*, *furfurans*, *lupinosa*, *scutulata*, *decalvans*, *favosa*.

Ce court exposé suffit pour donner une idée de la confusion que je viens de signaler : à l'aide d'une observation attentive, on a écarté du groupe des teignes, des maladies qui, je le répète, n'ont rien de commun que le siége et qui diffèrent par leurs caractères essentiels. A l'article *Impetigo*, j'ai fait voir qu'il fallait rattacher à ce genre les variétés décrites par Willan sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata ;* de plus, le *porrigo favosa* de Willan n'est qu'un véritable *impétigo*, et la *teigne granulée* d'Alibert est une variété de cet *impétigo* (*impetigo granulata*). Cette judicieuse élimination, commencée par Biett, a été

continuée par M. Cazenave, qui, dans un article aussi remarquable par son esprit de critique que par la clarté de l'exposition (1), a établi d'une manière précise le sens des mots *teigne* et *porrigo*, et déterminé la maladie qu'ils devaient désormais désigner.

Selon M. Cazenave, il faut réserver le nom de *porrigo* (ou de *teigne*, si l'on voulait conserver cette dénomination) à une affection spéciale, caractérisée par sa nature contagieuse, ses pustules, ses croûtes et sa tendance à produire l'alopécie. A ce titre, M. Cazenave rejette du genre *porrigo* le *porrigo scutulata* de Willan, ou *ring-worm* des Anglais, qui n'est, selon lui, que la variété d'herpès qu'il a décrite sous le nom d'*herpès tonsurant* (2). Il en écarte également le *porrigo decalvans*, maladie distincte, bien différente d'ailleurs, et qui n'est que le *vitiligo du cuir chevelu.*

Néanmoins, dans ces derniers temps, M. Bazin (3) définit la teigne: *une affection des poils, produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite.* Partant de cette définition, l'auteur admet cinq espèces de teignes :

1° *Teigne faveuse* (*porrigo favosa ou scutulata*) ; 2° *teigne tonsurante* (*teigne tondante* de Mahon, *herpès tonsurant* de M. Cazenave) ; 3° *teigne mentagre* ou *sycosique ;* 4° *teigne achromateuse* (*porrigo decalvans* de Bateman ; *vitiligo du cuir chevelu* de M. Cazenave); 5° *teigne décalvante* (*alopécie idiopathique*). Tout en reconnaissant l'importance des observations de M. Bazin, relativement à la cause commune de ces maladies, je pense que la distinction établie par Biett et M. Cazenave peut être maintenue.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le porrigo (ou *teigne*) est une inflammation spéciale du cuir chevelu, contagieuse, caractérisée par de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'intérieur de la peau, se convertissant de bonne heure en croûtes d'un jaune particulier, déprimées en godets, et tendant spécialement à produire une alopécie permanente (Cazenave).

Le porrigo, tel que je viens de le définir, se trouve désigné dans les auteurs par différentes dénominations : c'est le *porrigo lupinosa* de Willan; le *porrigo favosa* de quelques médecins modernes; la *tinea lupinosa* de Guy de Chauliac, la *teigne faveuse* de M. Mahon et de M. Bazin, la *vraie teigne*, le *favus* de M. Rayer. Cette dernière expression vient de l'aspect remarquable de la pustule qui forme une croûte jaune, offrant une dépression centrale, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel. C'est aussi d'une ressemblance des pustules avec les semences du lupin que lui vient le nom de *porrigo lupinosa.*

Réduite aux limites que je viens de lui assigner, et n'embrassant plus, par conséquent, la plupart des nombreuses affections comprises sous les noms génériques de *teigne* et de *porrigo*, l'affection dont je m'occupe ne laisse pas d'être une maladie assez fréquente, mais des travaux nouveaux sont nécessaires pour établir avec précision son degré de fréquence.

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 90.
(2) Voy. l'art. *Herpès.*
(3) *Rech. sur la nature et le trait. des teignes*, Paris, 1853.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le porrigo s'observe à tous les *âges ;* cependant il se développe particulièrement dans l'enfance et dans la jeunesse. Aucun *sexe*, aucune *saison* n'y paraissent prédisposer plus particulièrement. Il en est de même du *tempérament* et de la *constitution*. Si celle-ci paraît faible et détériorée chez un certain nombre de teigneux, il faut moins regarder cet état comme une cause que comme un effet de la maladie elle-même.

A ces causes j'ajouterai la *misère*, la malpropreté, les fatigues, dont il est impossible d'apprécier rigoureusement l'influence ; et l'*hérédité*, qui, sans nous être beaucoup mieux connue, a paru évidente dans un certain nombre de cas.

2° Causes occasionnelles.

Biett, dit M. Cazenave, citait dans ses cours plusieurs faits qui établissent la possibilité du développement spontané du *favus* sous l'influence de grandes *commotions morales*.

Le porrigo est essentiellement *contagieux :* ce mode de transmission est reconnu par la plupart des médecins modernes, et entre autres par Biett, MM. Rayer, Cazenave, etc., etc. La contagion s'opère par le contact immédiat ou par des objets ayant servi à des individus malades, tels que bonnets, linge, éponges, peigne, etc. ; ces faits sont faciles à apprécier quand les enfants sont réunis en grand nombre, comme dans les pensions, les hôpitaux. « Il en est de la contagion du favus, dit M. Rayer, comme de celle de plusieurs autres maladies transmissibles par contact ou inoculation ; l'application des croûtes du favus sur la peau n'entraîne pas constamment l'inoculation de cette dégoûtante éruption. » Les travaux des micrographes modernes tendent à donner une explication très simple de la contagion de la maladie, puisque, suivant leurs recherches, elle est constituée par une végétation qui se reproduit avec la plus grande facilité ; mais nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette manière de voir.

§ III. — Symptômes.

Au *début*, le porrigo apparaît sous forme de *pustules* extrêmement petites, ne dépassant pas le niveau de la peau, dans l'épaisseur de laquelle elles sont comme enchâssées ; elles sont d'un *jaune* remarquable, comme safranées, et toujours elles sont *traversées par un cheveu*. Liquide au commencement, la *matière* qu'elles renferment *se concrète rapidement*, et donne lieu à des croûtes qui de prime abord offrent un caractère particulier et qu'on peut regarder comme un signe *pathognomique* de la maladie.

Ce mode de début est propre à la forme appelée par M. Cazenave *favus disséminé*, par opposition à une autre forme à laquelle il a donné le nom de *favus en cercle*. Dans cette dernière, l'affection se manifeste sous forme de *plaques* plus ou moins nombreuses assez régulièrement *arrondies* et dont l'apparition est précédée de *démangeaisons* assez vives. Ces surfaces, qui varient en étendue de 2 à 3 centimètres, présentent tout d'abord un état *grenu*, *chagriné*, constitué par le gonflement de l'extrémité de chaque conduit pilifère que surmonte bientôt une pe-

tite *squame* blanche, sèche, adhérente. Cet état peut durer quelques semaines et alors on voit seulement apparaître au-dessous des lamelles les petits points jaunes qui constituent le favus (1).

La *croûte faveuse*, à peine formée, présente une *dépression centrale*, qu'on peut toujours reconnaître à la loupe, souvent même à l'œil nu. A mesure qu'elle se développe, sa dépression augmente; elle devient de plus en plus prononcée, et prend la forme d'un *godet*. Ordinairement *traversée par un cheveu*, elle offre une *couleur jaune de plus en plus foncée ;* son *volume*, très petit d'abord, peut acquérir jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

Ainsi formées, les croûtes faveuses affectent diverses dispositions. Tantôt *isolées*, distinctes, elles se développent sans se confondre et offrent chacune le type parfait du favus; tantôt *confluentes*, elles se touchent et se confondent par leurs bords et donnent naissance à des plaques jaunâtres où l'on ne retrouve plus la forme arrondie, mais bien une foule de *dépressions alvéolaires* correspondant chacune à une pustule primitive. Quelquefois les croûtes, comme réunies en une seule, ne présentent plus que par places, et sur les bords, la forme ronde et la dépression caractéristique. Souvent adhérentes, elles deviennent d'une sécheresse remarquable, pulvérulentes, et tombent au moindre frottement. Cet état se rencontre chez les individus affectés depuis longtemps de porrigo, et qui ont négligé toute espèce de soins. En pareil cas, la tête exhale une *odeur nauséabonde*, qu'on a comparée à celle de l'urine de chat; en outre les croûtes ont perdu leur couleur jaune habituelle; elles sont d'un blanc sale; c'est à peine si, à travers cette couche épaisse, on voit percer quelques cheveux grêles, comme lanugineux.

Après la chute des croûtes, on aperçoit de légères *érosions ;* la peau est rouge, humide ; mais bientôt apparaissent de nouvelles pustules qui donnent lieu à des croûtes nouvelles. « Cette circonstance, dit M. Cazenave, est importante à noter, puisqu'elle sépare complétement la *favus* de l'*impétigo :* dans ce dernier, en effet, les croûtes se reforment par un suintement plus ou moins abondant, mais sans qu'il y ait besoin de l'apparition de nouvelles pustules. » Cette remarque, fondée sur une observation exacte, a une grande valeur pour le diagnostic.

L'*alopécie*, qui est un effet constant de l'affection faveuse, offre ici un caractère particulier : c'est celui d'être incurable. Après la disparition des croûtes dans les points dégarnis de cheveux, la peau ne présente plus cet aspect bleuâtre, cette épaisseur, cette souplesse qu'elle a à son état normal ; elle a tous les caractères d'une véritable *cicatrice*.

Un *prurit* souvent incommode, quelquefois tellement intense que les malades se déchirent la peau avec les ongles, accompagne le porrigo. Les enfants qui en sont atteints ont souvent la tête pleine de poux. Des excoriations douloureuses du cuir chevelu et l'engorgement lymphatique du cou sont fréquemment la conséquence de la maladie.

Le porrigo ne donne pas lieu à des *symptômes généraux* dignes d'être notés ; mais on a souvent signalé un arrêt de développement physique et moral chez les individus atteints de la teigne. Cependant ce point de l'histoire du favus demanderait de nouvelles recherches.

(1) Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 142.

Enfin, je dirai qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les *porrigo* anciens, des accidents dus à des *complications.* En s'ajoutant au favus, ces complications, qui, le plus souvent, consistent en des *éruptions* d'*eczéma*, d'*impétigo*, de *pityriasis*, aggravent nécessairement l'état du malade et obscurcissent parfois le diagnostic.

Le *siége* ordinaire du porrigo est le cuir chevelu ; cependant on rencontre aussi des pustules faveuses sur tous les points du corps où il existe des poils. M. Cazenave a observé plusieurs cas où le *porrigo* était *général*, et, d'un autre côté, il l'a vu (1) souvent *occuper uniquement le scrotum*, où il s'était déclaré spontanément.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le porrigo affecte une *marche* continue ; à la chute des croûtes, il se fait une éruption de nouvelles pustules qui prolonge ainsi et entretient le mal.

Le favus a une *durée* indéterminée : il n'est pas rare de rencontrer des individus adultes affectés de cette maladie depuis les premières années de leur vie. La guérison, qui, dans ce cas, n'a lieu qu'au prix d'une alopécie au-dessus des ressources de l'art, est une *terminaison* rare du porrigo abandonné à lui-même ; c'est à un traitement long et minutieux que cet heureux résultat est dû le plus souvent.

§ V. — Lésions anatomiques.

Différentes opinions ont été émises sur le siége anatomique du favus. Duncan et Baudelocque le plaçaient dans le bulbe pileux ; d'autres regardaient l'affection comme une lésion des follicules. Aujourd'hui on admet, avec MM. Letenneur (2) et Cazenave, que le favus a son siége à l'extrémité du conduit pilifère, de cette gaîne qui enveloppe et accompagne le poil depuis le bulbe jusqu'à sa sortie. En effet, si la maladie avait son siége dans le bulbe lui-même, il y aurait atrophie primitive du cheveu, et l'observation apprend que c'est le contraire qui a lieu. L'alopécie qui survient est due, non à la destruction radicale du cheveu, mais au travail d'oblitération qui s'oppose à sa sortie du conduit pilifère, et apporte un obstacle mécanique à son développement à l'extérieur.

Je ne dirais rien de la *nature* du favus, si, dans ces derniers temps, M. Gruby (3), dans des recherches intéressantes, n'eût avancé que le porrigo n'était autre chose qu'un parasite appartenant à la famille des cryptogames. M. Cazenave (4), qui a discuté ce point avec beaucoup de soin, a regardé cette opinion comme inadmissible : il s'est fondé sur la marche et le développement du favus, qui, en effet, il faut le reconnaître, offre une série de phénomènes qu'on ne retrouve pas dans les productions parmi lesquelles M. Gruby voudrait ranger le porrigo ; cependant il faut ajouter que cette opinion a été soutenue et développée depuis par M. Ch. Robin (5) et par M. Bazin (6), ce qui lui donne un grand poids.

(1) *Union méd.*, 22 janvier 1852.
(2) *Quelques rech. sur le favus*, Thèse. Paris, 1839.
(3) *Mémoire sur une végét. qui constitue la vraie teigne* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1841, t. XIII).
(4) Cazenave, *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 222.
(5) Ch. Robin, *Des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*. Paris, 1853, in-8, avec Atlas de 15 planches.
(6) *Rech. sur la nature et le traitement des teignes*, Paris, 1853.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. En se rappelant les traits principaux de la description que nous avons donnée, il sera presque toujours facile d'arriver au diagnostic du favus.

Si on l'observe à l'état pustuleux et au début, on retrouvera cette petite pustule jaune, comme safranée, dépassant à peine le niveau de la peau où elle est comme enchâssée, et déprimée à son centre, si différente de la pustule d'*impétigo*, saillante et globuleuse. D'un autre côté, les croûtes rugueuses, informes, ambrées, mollasses ou verdâtres, comme déposées à la surface de la peau, qui appartiennent à l'éruption impétigineuse, ne ressemblent pas à ces croûtes du porrigo toujours sèches, comme soufrées, quelquefois d'un jaune gris, présentant la dépression en godet, et ordinairement traversées par un poil. L'alopécie, qui accompagne constamment le favus, sera aussi un puissant moyen de diagnostic.

Quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, l'agglomération des croûtes confondues entre elles rend obscure ou indistincte la forme caractéristique. Dans ces cas, il faudrait attendre, faire tomber les croûtes, et le développement de nouvelles pustules suivies des croûtes faveuses viendrait lever tous les doutes.

Pour compléter le diagnostic du porrigo, je me contenterai de rappeler combien il diffère de l'*eczéma*, remarquable par sa forme *squameuse* et son *suintement*, et du *pityriasis*, caractérisé par une desquamation sans formation de croûtes. Je renvoie, pour plus de renseignements, aux articles qui concernent ces maladies. Quant au *porrigo scutulata*, dont j'ai donné l'histoire et le diagnostic sous le nom d'*herpès tonsurant*, on doit consulter l'article *Herpès*.

Pronostic. Si l'on songe à la longue durée du porrigo, à son influence sur la constitution, au danger de sa propriété contagieuse, à l'opiniâtreté avec laquelle il résiste souvent aux agents thérapeutiques, à l'alopécie qui en est une conséquence inévitable, on ne saurait s'empêcher de le regarder comme une affection grave et qui réclame toute la sollicitude du médecin. Il faut, le plus promptement possible, faire disparaître une maladie qui fait des sujets qui en sont atteints un objet de dégoût pour tout le monde.

§ VII. — Traitement.

Si la méthode que j'ai adoptée dans la description du porrigo m'a permis de dépeindre avec quelque clarté cette maladie débarrassée des formes pathologiques qu'on lui attribuait à tort, elle m'est encore plus nécessaire peut-être quand il s'agit de présenter le traitement de cette affection rebelle. Exposer, à l'occasion du porrigo, les innombrables médications préconisées dans le traitement des diverses espèces de teigne, ce serait vouloir gratuitement retomber dans la confusion où l'emploi mal défini de ces deux mots a jeté la science jusqu'à ce jour. On ne saurait évidemment accepter avec quelque confiance la plupart de ces médicaments indiqués contre la teigne, quand on voit ceux qui les vantent les employer indistinctement dans toutes les espèces, et par conséquent dans des affections qui diffèrent essentiellement de la maladie contagieuse à laquelle j'ai réservé le nom de *porrigo*. Je n'insisterai donc, dans ce paragraphe, que sur les moyens qui paraissent avoir été mis en usage dans l'espèce que j'ai décrite, c'est-à-dire

dans le *porrigo favosa*, la *teigne faveuse*, la *vraie teigne*. J'indiquerai plus rapidement ceux qui ont été préconisés d'une manière générale, et, ne pouvant pas donner leur degré de valeur, je laisserai au praticien le soin de se décider pour leur emploi, suivant les indications qui lui paraîtront ressortir des faits.

Deux indications essentielles, qui consistent : 1° à *empêcher la formation des croûtes*, 2° à *produire l'épilation*, composent la méthode le plus généralement employée aujourd'hui, et celle dont les succès sont le plus nombreux. Elle est fondée d'ailleurs sur l'étude anatomique du favus. On sait, en effet, que le favus siége à l'extrémité du conduit pilifère, et que l'avulsion du cheveu ôte, pour ainsi dire, toute prise à la maladie. « J'ai remarqué, dit M. Cazenave, à l'appui de cette proposition, que là où le cheveu avait été arraché, il ne se développait que des pustules simples. La guérison du porrigo doit donc résulter de l'avulsion des poils sans qu'il y ait destruction ou altération du bulbe, puisqu'au bout d'un temps donné, la maladie doit cesser complétement de se reproduire faute d'aliment. »

Calotte. L'emploi de la *calotte*, affreux moyen, abandonné aujourd'hui à cause des souffrances atroces qu'il détermine, atteignait ce but. Voici en quoi il consistait :

On étendait sur de la toile le mélange suivant :

℞ Farine de seigle........	125 gram.	Vinaigre blanc........	1000 gram.

Mettez sur le feu, et agitez; puis ajoutez :

Deuto-carbonate de cuivre en poudre........ 15 gram.

Faites bouillir doucement pendant une heure, et ajoutez :

Poix noire............ / Résine...............	ãã 125 gram.	Poix de Bourgogne.......	180 gram.

Quand tout est fondu, ajoutez :

Éthiops antimonial en poudre............... 180 gram.

Agitez, puis étendez sur le linge.

Après avoir préalablement ramolli et fait *tomber les croûtes par des cataplasmes*, et *coupé les cheveux* avec des ciseaux le plus ras possible, *on appliquait cet emplâtre sur le cuir chevelu*, et on l'y laissait séjourner et sécher.

Trois ou quatre jours après, *on l'enlevait brusquement et à contre-poil*, puis *on en mettait un second*, que l'on arrachait après le même intervalle. *On renouvelait ensuite l'emplâtre de deux en deux jours*, ayant soin de raser la tête lorsque cela paraissait nécessaire. On continuait cette opération si cruelle pendant plusieurs mois, et chaque pansement enlevait une certaine quantité de cheveux.

On comprend la manière d'agir de ce moyen barbare. Tel qu'il vient d'être décrit, il ne saurait être employé aujourd'hui. Cependant les succès qu'il a procurés sont nombreux, et si l'on pouvait le modifier de manière à le rendre facilement supportable, on aurait tort d'y renoncer. Or c'est précisément ce qu'ont fait MM. Bretonneau et Trousseau, car les modifications qu'ils y ont apportées le rendent exempt de douleur et de tout inconvénient. Je dois, par conséquent, faire connaître ici ce moyen, qui a eu de très bons résultats à l'hôpital de Tours. Voici comment il est exposé (1) :

(1) *Du traitement de la teigne par l'emploi de la calotte* (*Bulletin de thérap.*, t. XXXIV mai 1848).

« La substance emplastique dont on fait usage est un mélange de diverses résines, de farine et de vinaigre, dans les proportions suivantes :

Farine de seigle	110 gram.	Résine de térébenthine	48 gram.
Poix de Bourgogne	124 gram.	Vinaigre blanc	1,250 gram.
Poix-résine	96 gram.		

» Ces proportions ne sont pas sans doute absolues. Elles peuvent être changées suivant telle ou telle indication particulière; mais ce ne sont pas celles qu'on emploie le plus communément, et qui se trouvent dans un grand nombre de formulaires. On obtient ainsi un mélange de couleur jaunâtre, brunissant à l'air, de consistance assez molle pour qu'on puisse l'étendre très facilement comme une pommade un peu épaisse.

» L'emplâtre bien préparé, on coupe de petits morceaux de toile en forme de demi-côtes de melon, de véritables triangles isocèles par conséquent, et d'une grandeur telle que leur pointe étant placée au sommet de la tête, leur base arrive à son pourtour. On les couvre d'une couche un peu épaisse de l'emplâtre calotte. On coupe alors les cheveux bien exactement, et, pour plus de facilité, avec des ciseaux courbés sur le plat. Il est tout à fait inutile de raser la tête : il serait souvent impossible ou dangereux de le faire. On applique alors sur le cuir chevelu les morceaux de linge recouverts de l'emplâtre, en ayant soin de poser leur pointe sur le sommet de la tête, en sorte que tous partent du même point, et que leur base, formant autour de la tête une même ligne circulaire, ils constituent une véritable calotte à côtes.

» Pour maintenir les pièces de l'appareil exactement appliquées, on placera avec avantage autour de la base une bande de sparadrap de la largeur du doigt et assez longue pour faire une ou deux fois le tour de la tête.

» L'appareil ainsi formé se dessèche bientôt. On l'enlève tous les cinq ou six jours pour le renouveler exactement de la même manière. Dès que les cheveux grandissent, on les coupe et avec les mêmes précautions, de façon à les maintenir constamment bien ras.

» L'appareil s'enlève ordinairement sans douleur, ce qui se comprend très bien, les cheveux ayant été préalablement coupés. Si pourtant on produisait le moindre tiraillement douloureux, il suffirait, pour le faire cesser bientôt, de mouiller l'appareil. On renouvelle d'ailleurs très régulièrement les applications jusqu'à ce que la maladie ait complétement disparu.

» Il est facile de voir que cette médication, malgré l'analogie qu'elle a avec l'ancienne, en diffère pourtant essentiellement. Ici point d'arrachement violent des cheveux ; tout se réduit à une application topique médicamenteuse. »

C'est à peu près le même procédé qu'a préconisé M. Henriette (1) ; seulement, ce médecin n'applique que quelques bandelettes à la fois et à distance les unes des autres, la douleur étant plus vive quand elles sont rapprochées ; lorsque l'épilation est complète dans ces points, il met de nouvelles bandelettes dans d'autres parties : c'est, à proprement parler, une épilation graduelle.

M. Samuel Plumbe avait conseillé, pour éviter les affreuses douleurs de la calotte, d'*épiler les cheveux un à un à l'aide de petites pinces*. Cette opération, trop

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 octobre 1852.

longue quand le favus est un peu étendu, est elle-même douloureuse lorsque les cheveux adhèrent encore à leurs bulbes. Elle était généralement abandonnée lorsque M. Bazin (1) l'a reprise en la modifiant et la rendant plus facile et moins douloureuse. Voici comment il agit :

TRAITEMENT DE M. BAZIN.

1° Frictionner pendant quelques jours les parties que l'on veut épiler, avec l'*huile de cade*, une *pommade alcaline*, l'*huile de noix d'acajou* incorporée à l'axonge, etc.

2° *Épilation* avec une pince à mors.

3° Immédiatement, lotion savonneuse et imbibition avec une *solution de sublimé*, 3 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau.

4° Continuer les lotions avec le sublimé pendant trois ou quatre jours, matin et soir, puis les remplacer par des onctions avec la pommade suivante :

℞ Axonge............... 500 gram. | Acétate de cuivre........ 1 gram.

5° S'il survient une éruption pustuleuse, on se borne à vider les pustules en les perçant avec une épingle.

6° Si de petits godets faviques reparaissent, recommencer le traitement plusieurs fois.

La plus célèbre des méthodes épilatoires est celle de MM. Mahon frères, chargés du traitement des teigneux dans les hôpitaux. En voici l'exposé, emprunté à M. Rayer, qui en a donné la meilleure description.

MÉTHODE DES FRÈRES MAHON.

« MM. Mahon commencent par *couper les cheveux à deux pouces du cuir chevelu*, afin de pouvoir les faire tomber plus facilement avec le peigne ; ils *détachent* ensuite *les croûtes avec du saindoux*, ou à l'aide de *cataplasmes* de farine de graine de lin ; puis ils *lavent la tête* avec de l'*eau de savon.* Ces onctions et ces lotions sont répétées avec soin pendant quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que le cuir chevelu soit nettoyé. C'est alors que commence le second temps du traitement, qui a pour but d'obtenir *lentement* et *sans douleur* l'avulsion des cheveux sur tous les points où le favus s'est développé.

» On fait tous les deux jours des *onctions avec une pommade épilatoire.* Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon que la maladie est plus ou moins invétérée. Les jours où l'on ne met pas de pommade, *on passe à plusieurs reprises un peigne fin dans les cheveux*, qui se détachent sans douleur.

» Après quinze jours de ces pansements, *on sème dans les cheveux une fois par semaine, quelques pincées d'une poudre épilatoire ;* le lendemain, on passe le peigne dans les cheveux sur les points malades, et l'on y pratique une *nouvelle onction avec la pommade épilatoire.* Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon la gravité de la maladie.

» On continue ainsi pendant un mois ou un mois et demi. On remplace alors la première pommade épilatoire par une seconde faite avec du *saindoux et une*

(1) *Loc. cit.*

poudre épilatoire plus active, avec laquelle on pratique également des onctions sur tous les points affectés, pendant quinze jours ou un mois, suivant la gravité de la maladie. Après ce terme, on ne fait plus ces onctions que deux fois par semaine, jusqu'à ce que les rougeurs de la peau aient entièrement disparu. Les jours où l'on ne fait pas usage de la pommade, on peigne le malade une ou deux fois, ayant soin de ne pas trop appuyer le peigne, qu'on imprègne de saindoux ou d'huile. »

M. Cazenave, qui a expérimenté une foule de moyens, nous apprend que la méthode de MM. Mahon est celle qu'il a vue réussir le plus constamment ; aussi n'hésite-t-il pas à formuler son opinion sur ce traitement de la teigne de la manière suivante : « Il est évident pour moi que les succès de cette méthode, dérivée de la calotte, sont dus à l'épilation d'abord, et ensuite aux soins minutieux et réguliers dont les frères Mahon entourent les malades qui leur sont confiés. Dans cette conviction, j'ai fait procéder depuis quelque temps dans mon service au traitement de la teigne suivant des errements analogues : ainsi je fais oindre et saupoudrer alternativement les places malades avec une pommade ou une poudre épilatoire. En employant ce moyen avec persévérance, et surtout en faisant nettoyer et peigner avec soin les enfants, j'ai obtenu des résultats vraiment remarquables, mais pas encore assez nombreux et assez complets. » Ce jugement d'un médecin aussi versé dans la thérapeutique des maladies cutanées nous donne la mesure de la valeur de la méthode épilatoire.

La *pommade* et la *poudre épilatoires* des frères Mahon sont, comme on sait, encore un secret ; elles ont pour bases des préparations alcalines, et surtout la *chaux*. M. Rayer conseille de se servir dans le même but de la pommade suivante :

♃ Sous-carb. de pot. ou de soude 4 à 8 gram. | Axonge .... 30 gram.

Si la peau est enflammée, il veut qu'on la lave avec la solution suivante :

♃ Sous-carbonate de potasse.. 8 gram. | Eau .... 1000 gram.

Quant aux autres méthodes, la plupart consistent dans l'emploi des moyens journellement mis en usage dans le traitement des maladies chroniques qui affectent la peau ou le cuir chevelu. M. Cazenave dit avoir souvent employé avec avantage les *préparations alcalines* pour nettoyer le cuir chevelu, les *douches sulfureuses* légères, les *lotions acidulées* soit avec le *vinaigre*, soit avec l'*acide nitrique*, soit avec l'*acide chlorhydrique;* il a aussi employé sous la même forme la dissolution de *sulfate de zinc*, de *cuivre*, de *nitrate d'argent*, de *sublimé*.

Biett, le premier, a expérimenté à l'hôpital Saint-Louis une pommade dont l'*iodure de soufre* faisait la base, et il a obtenu des succès remarquables. Après avoir employé pendant longtemps les émollients et les alcalins, il faisait frictionner, matin et soir, la tête du malade avec la pommade suivante :

♃ Iodure de soufre.......... 4 gram. | Axonge................. 30 gram.

M. Cazenave dit avoir souvent recours à cette méthode avec succès, en y ajoutant toutefois l'usage des lotions alcalines.

A cette pommade on pourrait en joindre une foule d'autres qui ont été vantées. Je citerai seulement les plus accréditées, celles, par exemple, où l'on a incorporé le *soufre*, le *calomel*, l'*oxyde de manganèse*, le *poivre*, la *suie*, l'*onguent citrin*, etc., etc.

La *cautérisation* a été préconisée dans le traitement du porrigo. Ce moyen, qui

ne saurait convenir quand la maladie est très étendue, ne doit être appliqué que partiellement et sur des surfaces très limitées. On comprend à quels inconvénients pourrait entraîner l'oubli de cette précaution dans l'emploi d'un agent aussi énergique. D'ailleurs les preuves qu'on a fournies en faveur de ce moyen ne sont encore ni assez concluantes ni assez nombreuses.

Le docteur Affre (1) prescrit les *bains de mer froids* pendant dix minutes, deux fois par jour, avec *aspersion d'eau de mer sur la tête*. Il cite une observation de guérison par ce traitement, et annonce qu'il lui a également réussi dans d'autres cas : « Il faut préalablement, dit-il, faciliter la chute des croûtes par des cataplasmes et produire une dérivation au moyen d'un vésicatoire au bras. »

Le traitement par l'*acide acétique*, proposé par le docteur Wigan (2), doit trouver place ici. Voici l'exposé qui en a été fait (3) et qui suffira pour en donner une idée.

TRAITEMENT DU DOCTEUR WIGAN.

Cette méthode consiste d'abord *à raser la tête en laissant subsister un cercle de cheveux*, si toutefois ils n'offrent pas des traces évidentes d'altération. Le docteur Wigan emploie ensuite, comme moyen explorateur, l'*acide acétique concentré*, étendu de trois parties d'eau ; cette première application a pour effet de rougir la peau dans les endroits malades, même dans ceux qui, au premier abord, paraissent parfaitement sains. Chacun de ces endroits, ainsi devenus rouges, est *humecté au moyen d'une petite éponge fixée au bout d'une baguette et imbibée d'acide acétique concentré pur*. A la suite de ces cautérisations, *il se forme une escarre ;* cette escarre augmente de volume, et dès qu'elle est complétement desséchée, *on peut la détacher*, en ayant soin cependant de ne pas l'enlever lorsque la peau sous-jacente est encore à vif. Les cheveux poussent ensuite ; si cependant ce résultat n'était pas obtenu, on devrait employer d'autres applications, quoiqu'il y ait des inconvénients à les répéter trop souvent.

Comme on le voit, le traitement du favus est exclusivement extérieur. Cependant on a administré à l'intérieur les *alcalins*, les *sudorifiques*, etc., etc., sans qu'on puisse déterminer leur valeur, parce qu'ils ont été toujours associés à une médication externe d'une efficacité reconnue. Toutefois le traitement intérieur sera un puissant auxiliaire dans les cas où la constitution faible ou détériorée devra être soutenue et restaurée par l'emploi des *toniques*, des *amers*, des *ferrugineux*, d'un *régime* fortifiant.

Tels sont les moyens principaux employés contre le porrigo tel que nous l'avons décrit ; une condition de leur efficacité, c'est un usage longtemps continué.

ARTICLE IV.

ACNÉ.

Placé à tort dans les affections tuberculeuses par Willan et Bateman, l'acné, mieux étudié par Biett, a été rangé par cet auteur dans les maladies pustuleuses. La lésion élémentaire de l'acné est, en effet, une pustule ; aussi cette manière de

(1) *Union médicale*. 17 février 1852.
(2) *Journal für Kinderkrankheiten*, mars 1844.
(3) *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 352.

voir a-t-elle été adoptée par MM. Rayer, Cazenave et Schedel, qui placent le siége du mal dans le follicule sébacé. Nous décrirons, avec ces derniers, quatre variétés de l'acné : 1° l'*acne simplex*, 2° l'*acne sebacea*, 3° l'*acne indurata*, 4° l'*acne rosacea*. Cette division nous permettra d'exposer d'une manière aussi complète que possible l'histoire de l'inflammation folliculeuse désignée sous le nom d'*acné*.

§ I. — Définition.

On peut définir l'acné une inflammation ayant son siége dans les follicules sébacés de la peau, et caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la base, plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent, après la disparition de la pustule, une petite tumeur dure, circonscrite, dont la résolution ne s'opère que lentement. Ajoutons, toutefois, que, pour M. Bazin (1), l'inflammation ne joue dans l'acné qu'un rôle secondaire, accessoire et non nécessaire. « L'acné, dit-il, consiste alors en une hypertrophie des follicules avec éruption à la peau. » Ce médecin admet également une variété qu'il nomme *acné varioliforme*.

L'acné, tel que l'ont compris Willan et Bateman, correspond à la *couperose*, à la *dartre pustuleuse miliaire*, à la *dartre pustuleuse disséminée* d'Alibert ; il répond au genre *gutta rosea* de Darwin (*zoonomia*) et au genre *rosa* de Chiarugi, qui en a décrit trois espèces sous les noms de *rosa vera*, *rosa discreta*, *rosa herpetica*. Les Latins désignaient aussi l'acné sous le nom de *varus*.

La *fréquence* de l'acné est un fait facile à constater, son siége de prédilection étant à la face. Néanmoins on le rencontre souvent sur le cou, les épaules, le tronc, et, dans ces derniers cas, il n'est pas rare qu'il reste ignoré des individus mêmes qui en sont affectés.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'acné n'a pas la même forme aux diverses époques de la vie où il se produit. Ainsi, c'est l'*acne simplex* qu'on rencontre le plus souvent dans l'adolescence et après la puberté ; tandis que l'*acne rosacea* s'observe dans l'âge mûr, principalement chez les femmes, à l'époque critique, et que c'est surtout la jeunesse qui est atteinte de l'*acne sebacea*. Biett (2), d'après des observations longtemps continuées, regarde les *femmes* comme plus disposées que les hommes à être affectées de cette inflammation folliculeuse. Suivant plusieurs auteurs, le *tempérament bilieux*, dans l'âge adulte, et le *tempérament sanguin*, dans la jeunesse, y prédisposent principalement.

Au nombre des causes qui favorisent le développement de l'acné, on a cité les *excès de table*, les *habitudes vicieuses*, les *professions* qui exigent une attitude favorable à l'abord du sang vers la tête, les longs *chagrins*. Les *climats froids et humides* paraissent avoir la même influence : au moins l'acné est-il plus fréquent en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne que dans les régions du Midi.

L'*acne simplex*, qu'on observe à l'époque de la puberté, et l'*acne rosacea*, qui survient si souvent à l'âge critique, ne permettent guère de douter des rapports de l'acné avec le travail dont les organes génitaux sont le siége. Il en est de même de

(1) *De l'acné varioliforme*. Paris, 1851.
(2) *Dict. de méd.*, t. I, art. ACNÉ, 1832.

la *dysménorrhée* et de la *grossesse*, pendant lesquelles l'éruption folliculeuse est suspendue ou aggravée.

La plupart des auteurs ayant observé la transmission successive de l'acné à plusieurs générations, n'ont pas hésité à le regarder comme *héréditaire* dans un grand nombre de cas.

2° Causes occasionnelles.

Elles sont peu nombreuses et peu connues; quelques unes de celles que nous avons nommées tout à l'heure ont pu, si l'on s'en rapporte à quelques faits, déterminer l'acné par leur action prompte : telles sont une *frayeur vive*, l'exposition de la face à une chaleur ardente, etc., etc. Le plus souvent c'est dans des *applications directes sur la peau* qu'on trouve l'origine du mal; par exemple, l'emploi de certains *fards*, de *cosmétiques irritants*, de *lotions styptiques*, *astringentes*.

§ III. — Symptômes.

1° *Acne simplex*. Il se manifeste par de petites *élevures* rouges, disséminées sur le front, le nez, les joues ; la base de ces élevures est généralement entourée d'une *aréole rosée*. Chacune d'elles se développe isolément et suit sa marche sans s'accompagner de douleur ni de chaleur, si ce n'est parfois d'un *fourmillement léger*. Le travail de *suppuration* s'établit lentement, et la pustule n'est souvent bien caractérisée qu'au bout de huit jours. Vers le milieu du second septénaire, le sommet de la petite pustule s'amincit, se déchire et se recouvre d'une *croûte* mince, légère, quelquefois à peine perceptible. Au dos, où le plus souvent la suppuration est abondante, la croûte est plus épaisse, mais elle tombe bientôt par le frottement des vêtements. Après la chute de la croûte, il reste un *point rouge* un peu élevé qui disparaît peu à peu.

Dans beaucoup de cas, les pustules de l'*acne simplex* sont entremêlées de petits *points noirâtres*, saillants, formés par l'*accumulation du fluide sébacé*, qui va jusqu'à donner au follicule le double de son volume. C'est de cet état que certains auteurs ont fait une variété de l'acné sous le nom d'*acne punctata*.

2° *Acne indurata*. Dans cette variété, qui peut être fort légère, on voit apparaître quelques *pustules* qui s'élèvent lentement ; la suppuration ne s'y établit que dans l'espace de deux ou trois septénaires, ou même manque quelquefois. Plus tard surviennent d'autres pustules qui suppurent ; leur base reste dure, rouge, et le tissu cellulaire engorgé concourt à former une sorte de *tubercule* ou d'induration chronique. Il s'en développe aussi un nombre limité, et l'affection se borne là.

Dans certains cas, l'acné est plus intense, et les traits du visage sont considérablement altérés : on y voit des *tubercules d'un rouge livide*, siégeant principalement sur les tempes et sur le nez. Dans les intervalles existent des *pustules suppurantes* ou à l'état naissant; ou bien des *croûtes légères;* on y voit aussi une multitude de *points noirs* résultant de l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules.

L'*acne indurata* peut, sous ces deux formes, attaquer séparément le visage ou le dos. Il n'est pas rare de trouver des individus dont cette dernière région est parsemée de *cicatrices* qui sont les restes d'anciennes éruptions, et qui présentent une forme oblongue.

3° *Acne sebacea.* Indiquée pour la première fois par Biett, cette variété a été depuis décrite avec soin par M. Cazenave (1). Elle est caractérisée par l'abondance extraordinaire du fluide sécrété. Ordinairement c'est à la face qu'on observe l'*acne sebacea.*

Au commencement, la *peau* devient *huileuse* dans les points affectés; bientôt l'irritation augmente ainsi que la *sécrétion folliculeuse* qui en est la suite. Répandu à la surface cutanée, le *liquide sécrété* y prend de la consistance; puis, par une accumulation successive, il forme une sorte de *couche* d'étendue variable d'un aspect gras, jaunâtre.

D'abord molle, peu adhérente, cette couche ne tarde pas à se durcir, et l'on ne peut la détacher sans douleur. Quelquefois, surtout quand elle a le nez pour siége, et qu'elle dure depuis quelque temps, elle prend une *couleur noirâtre* qui lui donne une apparence singulière. Dans certains cas, l'inflammation des follicules peut, selon MM. Cazenave et Schedel, être portée au point que le fluide sécrété est altéré et se rapproche du *liquide séro-purulent* des vésicules de l'eczéma.

4° *Acne rosacea.* Vulgairement désignée par le nom de *couperose*, cette variété, qu'on observe généralement dans l'âge mûr, a le nez pour siége de prédilection.

Après un léger excès de régime, quelquefois un simple repas, on voit cet organe prendre à sa pointe une couleur d'un *rouge violacé.* Cette rougeur devient bientôt habituelle et donne à la physionomie un caractère particulier.

De temps en temps apparaissent quelques *pustules* qui le plus souvent ne suppurent pas, et la rougeur s'étend et augmente d'intensité. Ces congestions renouvelées donnent au nez un *volume plus considérable*, une forme différente de celle qu'il avait auparavant. Sa surface se couvre de *lignes bleuâtres variqueuses* qui tranchent sur la couleur rouge ou violacée du fond.

Dans certains cas la maladie s'étend aux joues, au front, au menton, à tout le visage. La rougeur, qui est générale, est surtout prononcée là où existent des pustules : la *suppuration* ne s'y établit pas d'une manière franche, et il reste toujours une sorte d'*induration* au niveau de laquelle l'injection de la peau est plus marquée.

Après un certain temps, la *peau du visage* devient inégale, rugueuse, d'un aspect repoussant; les traits sont plus ou moins altérés. La rougeur, qui est, en général, plus marquée le soir et après les repas, finit par prendre une teinte violacée sur laquelle s'élèvent de nombreuses *pustules* qui s'en distinguent, et par leur saillie, et par la couleur jaune de leur sommet.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Quelle que soit sa forme, l'acné a une *marche* lente et une *durée* toujours longue. Il faut en excepter quelques cas d'*acne simplex*, rares à la vérité; mais surtout d'*acne sebacea*, dont la durée n'a pas dépassé deux ou trois septénaires. En général, l'acné persiste avec opiniâtreté, et la *couperose* se prolonge des années entières.

L'*acne indurata* peut être, dans certains cas, considéré comme une *terminaison*

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, in-8, p. 315.

de la maladie. Quand celle-ci a duré longtemps, si elle disparaît, la peau ne reprend jamais entièrement son état naturel : cela est surtout vrai pour l'*acne rosacea*. La guérison, quoique toujours difficile à obtenir, est une terminaison assez fréquente, principalement dans les variétés *simplex* et *sebacea*.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Il est toujours facile; surtout pour l'*acne simplex* et l'*acne rosacea*. Les croûtes molles, huileuses, peu adhérentes, d'un jaune sale, noirâtres de l'*acne sebacea* ne sauraient être confondues avec les croûtes sèches, rugueuses, friables, d'un jaune ambré de l'*impetigo*.

L'élément *pustuleux* de l'acné le fera toujours distinguer des papules du *lichen*, dont le sommet excorié et croûteux pourrait quelquefois en imposer. On ne sera pas plus embarrassé pour le *lupus* qui, par la destruction des parties qu'il affecte, offre un caractère distinctif suffisant. Quant au *sycosis*, nous en donnerons avec détail les signes distinctifs quand il sera question de cette affection.

Pronostic. Si l'individu est jeune, la maladie récente, l'éruption légère, et non entretenue par les causes qui l'ont fait naître, on peut espérer en triompher facilement : c'est ce qui arrive pour beaucoup de cas d'*acne simplex* et d'*acne rosacea*. Quant aux autres variétés, ordinairement plus rebelles, elles persistent quelquefois indéfiniment, et en général on peut dire de l'acné, quelle qu'en soit la forme, que c'est une maladie difficile à guérir.

§ VI. — Traitement.

S'il est vrai, comme l'indiquent les auteurs, que les différentes formes de l'acné exigent chacune une médication particulière, il est néanmoins un certain nombre de moyens thérapeutiques qui sont communs à toutes. C'est par l'indication de ces moyens que je commencerai à exposer le traitement de cette affection. Je ferai connaître ensuite ce que chaque variété peut avoir de spécial.

1° *Traitement commun aux diverses espèces*. Un *régime* simple et doux, l'usage habituel de *boissons rafraîchissantes*, la *privation des alcooliques* et des excitants analogues, l'éloignement de toutes les causes qui peuvent appeler le sang vers la tête, de temps en temps quelques *révulsifs sur le canal intestinal*, quelques *dérivatifs aux extrémités*, l'emploi de quelques *topiques émollients*, soit en lotions, soit en pommades ; enfin, si le cas l'exige, quelques *émissions sanguines* générales ou locales, tels sont les moyens qui constituent la base du traitement généralement employé. Dans les cas d'*acne simplex*, dans quelques cas d'*acne rosacea* commençant, ils peuvent suffire pour entraver la marche de la maladie et amener une guérison rapide. Mais, dans la plupart des cas, le médecin est obligé de recourir à des moyens plus actifs ; ce sont eux qu'il me reste à exposer, et qui diffèrent suivant les diverses variétés de l'acné.

2° *Traitement de l'acne simplex*. Dans les cas d'*acne simplex* où les pustules sont peu nombreuses, il n'y a réellement rien à faire ; cependant leur persistance a engagé quelques praticiens à conseiller l'usage des lotions avec l'*eau de son*, l'*émulsion d'amandes amères*, la décoction de *semences de coing*. Les anciens faisaient, dans ces cas, un emploi fréquent de liniments dont la *térébenthine*, le

vinaigre, le *savon*, la *myrrhe*, etc., etc., étaient la base. Nous manquons de faits pour apprécier l'efficacité de la plupart de ces moyens, presque tous abandonnés aujourd'hui.

M. Wilson (1) a réussi à faire disparaître cette affection à l'aide du *collodion* étendu sur les surfaces malades.

3° *Traitement de l'acne indurata.* Dans l'*acne indurata*, la plupart des moyens ont pour but de résoudre les tubercules et d'imprimer à l'éruption chronique une marche plus aiguë. C'est ainsi qu'on a conseillé les *lotions d'eau distillée* de *roses rouges*, de *petite sauge*, de *lavande* à laquelle on ajoute une proportion d'alcool qui varie selon le degré d'irritation de la surface malade. La solution suivante est préconisée par Biett, MM. Cazenave et Schedel :

℞ Sublimé...........	25 à 30 centig.	Eau distillée..........	250 gram.

Pour lotions.

On peut, selon ces auteurs, y ajouter 30 grammes d'alcool rectifié.

La *liqueur de Gowland*, qui jouit en Angleterre d'une grande réputation, diffère peu de cette préparation. En voici la formule :

Liqueur de Gowland.

℞ Deutochlorure de mercure..	1 décig.	Émulsion d'amandes amères.	200 gram.
Sel ammoniac...........	1 décig.		

Pour lotions.

Les *eaux sulfureuses*, surtout celles de Baréges, d'Enghien, de Cauterets, etc., seront employées avec avantage en *lotions* et en *bains;* elles pourront également être *données à l'intérieur.*

Parmi les *pommades* dont on a vanté l'efficacité, je citerai celle qui est composée d'un mélange de *protochlorure ammoniacal de mercure* à la dose de 1 à 4 grammes, avec 30 grammes d'axonge, et dont on fait des frictions répétées sur les parties indurées.

Biett se servit avec succès, pendant plusieurs années, de la pommade avec l'*iodure de soufre :* il en a donné la formule suivante :

℞ Iodure de soufre...	0,80 à 1,50 gram.	Axonge...............	30 gram.

Pour frictions.

Les *bains*, mais surtout les *douches de vapeur aqueuse* dirigées pendant douze à quinze minutes sur la face, aident puissamment à la résolution des tubercules. Leur emploi est vanté par Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel, etc. Il en est de même des *bains de vapeur* dans l'étuve humide, quand la maladie a son siége sur le dos, les épaules, et la partie antérieure de la poitrine.

La *cautérisation*, l'application d'un *vésicatoire* sur les points affectés, dans le but de changer la vitalité des tissus, sont des moyens, sinon dangereux, du moins trop incertains dans leur emploi pour qu'on puisse les conseiller sans hésitation.

4° *Traitement de l'acne sebacea.* L'*acne sebacea* a cédé plusieurs fois, dans les

(1) *The Lancet* et *Répert. de Pharm.*, janvier 1849.

mains de Biett, au bout de quelques semaines, à l'emploi des *douches de vapeur* dirigées pendant quinze à vingt minutes sur les surfaces malades. Il secondait l'action de ce moyen par l'usage de *lotions* avec des *infusions* d'abord *narcotiques*, et plus tard rendues *styptiques* par l'addition du *sulfate d'alumine* ou de quelques *acides végétaux*. Dans un cas, M. Cazenave (1) a modifié avantageusement un acne sebacea datant de quatre ans, par l'emploi combiné des *sudorifiques*, des *bains*, des *douches de vapeur aqueuse*, des *lotions ammoniacales* et des frictions avec la pommade suivante :

℞ Iodure d'ammonium...... 1 gram. | Axonge................ 30 gram.

Frictions trois fois par jour avec gros comme une fève de marais de cette pommade.

5° *Traitement de l'acne rosacea.* Depuis longtemps on a reconnu l'impuissance de la thérapeutique dans le traitement de la *couperose*. « Dans l'acne rosacea, disent MM. Cazenave et Schedel, toute la médication consiste dans les moyens hygiéniques. » L'emploi des topiques, si utiles dans l'*acne indurata*, est, selon ces auteurs, beaucoup moins avantageux ici, et peut même devenir nuisible. Ils pensent que si quelquefois on est obligé de recourir aux *émissions sanguines*, il est préférable de s'adresser aux *saignées locales;* ils conseillent les *pédiluves irritants*, comme auxiliaires utiles. Dans les cas où il y aurait quelques tubercules indolents, on pourrait, selon eux, avoir recours aux *douches de vapeur*, et même à quelques légères *frictions* ou *lotions résolutives*.

Le docteur Rochard (2) a publié un mémoire contenant trois observations destinées à faire connaître l'efficacité de l'*iodure de chlorure hydrargyreux* en onctions contre la couperose; la proportion du composé médicamenteux est de 75 centigrammes pour 60 grammes d'axonge; une seule friction suffit dans la journée; elle doit être limitée aux surfaces malades. On la renouvelle pendant deux ou trois jours pour la suspendre pendant le même temps et la reprendre ensuite.

Traitement de l'acné varioliforme. Quand l'acné est simple, M. Bazin (3) a recours avec succès à l'*huile de cade pure* dont il imbibe les boutons tous les deux ou trois jours au moyen d'un pinceau de charpie ; puis il emploie les lotions et les pommades alcalines.

Quand l'acné se complique d'inflammation éliminatoire, « il nous a suffi, dit ce médecin, pour arrêter la marche de l'inflammation éliminatoire, de fendre, avec le bistouri, du sommet à la base, le bouton folliculaire. Par cette petite opération on fait cesser la douleur et l'on évite les cicatrices. »

Le *collodion* étendu sur la surface malade a eu de grands avantages dans plusieurs cas, et notamment dans un que j'ai observé moi-même.

Quelle que soit la médication qu'on emploie, on doit, suivant tous les auteurs, insister longuement sur l'usage des agents thérapeutiques, l'acné étant de sa nature une maladie difficile à guérir.

(1) *Ann. des malad. de la peau*, p. 305. Paris, 1844.
(2) *Union médicale*, 27 décembre 1851.
(3) *Loc. cit.*

ARTICLE V.

SYCOSIS.

Contrairement à l'opinion de Willan, Bateman, Plumbe, etc., qui le regardent comme une affection tuberculeuse, les pathologistes français, tels que Alibert, MM. Cazenave et Schedel, se fondant sur une observation plus exacte, rangent le sycosis parmi les maladies pustuleuses, et ils en placent le siége dans le follicule pileux. Dans un article récent, M. Cazenave (1) a exposé avec clarté l'histoire du sycosis, dont il a discuté avec soin les points les plus obscurs : c'est à ce travail que j'ai emprunté les principaux traits de la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je définirai, avec M. Cazenave, le sycosis ainsi qu'il suit : C'est une maladie caractérisée par des éruptions successives de petites pustules acuminées, siégeant partout où il y a de la barbe, et secondairement par des engorgements tuberculeux, quelquefois assez considérables pour donner au visage un aspect tout à fait difforme.

Le nom de *mentagre*, sous lequel le sycosis est encore désigné par quelques auteurs, lui vient de ce qu'il affecte le plus souvent le menton. On trouve encore cette maladie décrite sous le nom de *sycosis menti ;* c'est la *dartre pustuleuse mentagre*, le *varus mentagra* d'Alibert.

Le sycosis est une maladie assez *fréquente ;* souvent confondue avec l'acné et l'impétigo, elle a dû le paraître moins qu'elle ne l'est en effet. Nous ne saurions, dans l'état actuel de la science, donner une idée exacte de cette fréquence.

§ II. — Causes.

Elles sont en général peu connues. Le sycosis affecte surtout les adultes ; il paraît attaquer plus particulièrement les hommes dont la *barbe* est *forte*, douloureuse ou difficile à faire, ceux que leur profession expose au *rayonnement d'un foyer trop ardent*, ceux qui ont un *tempérament sanguin bilieux*. « Il n'est pas douteux pour moi, dit M. Cazenave, qu'il existe chez certains individus une prédisposition toute particulière à être affectés du sycosis, prédisposition qui peut se manifester sous l'influence de causes occasionnelles. »

Les *causes occasionnelles* sont les irritations de toute sorte, générales ou locales ; ce qu'on appelle le *feu du rasoir*, la *malpropreté*, les *excès* de tous genres, etc., etc. Aujourd'hui on ne croit plus à la *contagion* du sycosis ; l'observation est contraire à ce mode de transmission. Du reste, comme on le voit, l'étiologie du sycosis demande de nouvelles recherches.

§ III. — Symptômes.

Le sycosis débute d'une manière insidieuse. Pendant des mois entiers et à de longs intervalles, on voit apparaître, aux points où il y a de la barbe, de *petits boutons* qui n'ont qu'une durée éphémère. Ces petits boutons sont ensuite rem-

(1) *Dict. de méd.*, t. XXIX, art. Sycosis, 1844.

placés par une petite *pustule*, qui ne fait que passer, mais dont les caractères doivent attirer l'attention ; elle est acuminée et douloureuse ; au bout de trois ou quatre jours, elle se rompt et laisse une *petite croûte* qui tombe sans laisser de trace de son existence. Une autre pustule apparaît bientôt, suit la même marche, puis affecte une durée plus longue, jusqu'à ce qu'enfin il survienne une éruption de plusieurs pustules, accompagnée d'un *sentiment de tension douloureuse* et d'une *rougeur* prononcée des tissus. A cette époque, on peut déjà constater dans ce groupe de pustules une petite *induration* à leur base.

Les *croûtes* produites par la suppuration de plus en plus abondante sont plus épaisses ; elles sont *noirâtres*, sèches, peu adhérentes. A leur chute, on voit poindre de nouvelles pustules qui parcourent les mêmes phases que les premières. Bientôt on peut juger des progrès de l'inflammation, qui, s'étendant au tissu cellulaire sous-dermique, donne lieu à ces *engorgements tuberculeux* qui finissent par former de véritables *nodosités*. C'est dans ces cas que le menton est altéré dans sa forme ; quelquefois ces tumeurs ressemblent en quelque sorte à des cerises, et donnent à la physionomie un aspect tout particulier.

A un degré plus avancé, l'inflammation peut amener la *chute des poils*, et même donner lieu à de *véritables abcès*. Le sycosis alors peut *se compliquer de pustules d'impétigo* qui masquent la maladie et rendent le diagnostic extrêmement difficile.

Comme je l'ai dit, le sycosis n'a pas son *siége* exclusif au menton ; quelquefois, placé sous le nez, il est constitué là par une seule pustule qui se développe de la manière indiquée plus haut, et qui souvent s'y montre fort rebelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est bien rare que le sycosis offre une *marche* aiguë : dans des cas exceptionnels, la maladie peut durer de dix à quinze jours. Le plus souvent, cette marche est essentiellement chronique. La *durée*, qui est extrêmement variable, est en général très longue, et parfois indéfinie. Quand le sycosis se termine par la guérison, on voit les engorgements tuberculeux s'affaisser peu à peu ; les croûtes tombent, et les pustules, qui deviennent de plus en plus rares, cessent entièrement de paraître. Quand la maladie a duré longtemps, elle laisse souvent après elle des *empreintes rouges*, violacées, à la surface desquelles se fait une *exfoliation épidermique*. Le sycosis est une affection qui *récidive* fréquemment.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic est en général facile. Le sycosis ne saurait être confondu qu'avec l'*acné* et l'*impétigo*. Voici à quels caractères on reconnaîtra ces diverses affections :

Les pustules du sycosis diffèrent de celles de l'*impétigo* en ce que les premières sont discrètes, acuminées, tandis que celles de l'impétigo sont plus larges, aplaties et disposées en groupes. Les croûtes de l'impétigo sont larges, épaisses, jaunes, friables, humides ; celles du sycosis sont sèches et brunâtres. Dans le cas où l'induration tuberculeuse s'ajoute à ces caractères, le doute n'est plus possible.

L'*acné* ne sera pas confondu avec le sycosis, si l'on se rappelle que ses pustules sont plus superficielles, plus enflammées, qu'elles suppurent très incomplétement,

qu'elles ne donnent pas lieu aux croûtes particulières du sycosis, qu'elles sont suivies d'une induration moindre, et qu'enfin elles ont pour caractère essentiel d'être accompagnées d'une supersécrétion de matière sébacée.

En rappelant que le sycosis a son siége dans le follicule pileux, dans cette gaîne qui entoure le poil jusqu'à sa sortie, ce qui explique sa prédilection pour l'homme, nous aurons complété les éléments du diagnostic de cette affection.

Pronostic. Le sycosis n'est jamais grave par lui-même. Le médecin doit être prévenu de sa ténacité, et souvent de l'inefficacité absolue de la thérapeutique dirigée contre lui.

§ VI. — Traitement.

Dans le cas où le sycosis existe à l'état aigu, et lorsque dans le cours de son évolution il s'accompagne de tension douloureuse et de signes de congestion, tous les auteurs conseillent de recourir aux *antiphlogistiques;* les *saignées locales* hors du siége de l'éruption, et les *applications émollientes* fréquemment renouvelées, telles que lotions, cataplasmes de fécule; quelques *laxatifs* et une *tisane rafraichissante*, sont les moyens qu'on peut employer avec le plus d'avantages. Ils sont toujours indiqués quand la maladie présente un certain degré d'acuité.

Une précaution qu'il ne faut jamais négliger dans le traitement du sycosis, c'est de *supprimer l'emploi du rasoir :* on fera couper la barbe avec des ciseaux.

Quand toute l'inflammation a disparu, on dirige le traitement contre les engorgements tuberculeux. Pour cela on a recours aux *douches de vapeur*, aux *topiques résolutifs*, en un mot aux moyens que nous avons indiqués avec détail dans le traitement de l'*acne indurata* (1).

A l'intérieur, on prescrit quelques *laxatifs.* M. Cazenave dit avoir obtenu de bons effets de l'usage de l'*eau de Vichy ;* et, dans certains cas, il a recours aux *amers* et aux *sudorifiques.*

Les pommades les plus généralement employées sont celles où entrent le *calomel*, le *protonitrate* ou le *proto-iodure de mercure*, l'*iodure de soufre* à la dose de 1 à 2 grammes pour 30 d'axonge.

MM. Didot et Bazin disent avoir guéri rapidement des mentagres rebelles à tout traitement par l'épilation suivie de la cautérisation des bulbes pilifères; nous ne pouvons qu'engager les praticiens à répéter ces expériences.

M. Broussonnet (2) soumet ses malades au traitement interne des dartres, il leur fait prendre en outre des *bains simples*, *gélatineux* ou *alcalins*, selon ledegré d'irritation ; concurremment il préconise un traitement local qui lui a réussi dans le *sycosis menti.* Ce traitement consiste d'abord en des *applications émollientes et narcotiques* pendant trois ou quatre jours: après avoir fait tomber les croûtes, on applique sur les parties malades un *emplâtre vésicatoire.* Vingt-quatre heures après, on détache l'épiderme et on panse toute la partie dénudée avec une compresse imbibée de *solution de nitrate d'argent* (eau distillée, 30 grammes, nitrate d'argent, 0,50 grammes). En même temps on exerce sur ce point une *compression avec une plaque de plomb très mince et très flexible* et placée entre deux linges se

(1) Voy. plus haut, art. Acné.

(2) *Compte rendu du service médical de l'hôpital gén. de Montpellier*, et *Bull. gén. thér. et méd.-chir.*, 30 septembre 1851.

moulant aux parties et soutenue par un bandage; il faut quelquefois plusieurs applications de vésicatoires pour compléter la guérison.

Le traitement du sycosis demande une grande persévérance et un emploi judicieux des moyens thérapeutiques. Je ne saurais mieux résumer ce point important qu'en citant ce passage de M. Cazenave qui me dispensera de tout commentaire : « Le traitement, dit M. Cazenave, repose sur trois indications principales : les émollients, les bains et douches de vapeur et les topiques résolutifs. Mais il ne suffit pas de les appliquer indistinctement, et c'est, à vrai dire, dans l'opportunité de leur emploi que gît toute la difficulté. Il faut donc surveiller attentivement la marche de l'éruption : en général, tant qu'il existe de l'inflammation, il faut insister sur les applications émollientes, pour revenir aux bains et douches de vapeur quand l'inflammation est modifiée. On ne doit recourir aux topiques que quand tout symptôme inflammatoire a disparu, et seulement quand la maladie existe à l'état d'engorgements tuberculeux. Si, sous l'influence de ces moyens ou d'une cause quelconque, le sycosis s'enflamme de nouveau, on suspendra immédiatement toute application topique pour revenir aux émollients, et ainsi de suite. C'est, je le répète, dans cette surveillance continuelle des diverses phases de la maladie, dans ces modifications rationnelles du traitement, que l'on peut trouver les moyens de triompher d'une affection souvent si opiniâtre. »

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS PAPULEUSES.

Les affections papuleuses de la peau peuvent être rangées parmi les plus fréquentes. Elles ont été pendant fort longtemps confondues presque toutes sous les dénominations vagues de *boutons* et d'*éruptions*. Elles sont caractérisées par de petites élevures qui ne présentent pas de cavité, qui sont souvent de la même couleur que la peau, et souvent aussi d'un rouge peu foncé ; qui déterminent un prurit plus ou moins intense, et auxquelles on a donné le nom de *papules*.

Nous n'aurons à nous occuper, dans ce chapitre, que du *prurigo*, du *lichen* et du *strophulus*. La *syphilide papuleuse*, qui, dans quelques descriptions, a été rapprochée de ces affections, trouvera sa place dans l'article consacré aux diverses syphilides.

ARTICLE I.

PRURIGO.

Les anciens ont employé le mot *prurigo* (dérivé de *pruritus*) pour désigner une foule d'affections de la peau dont le seul caractère commun est la démangeaison qu'elles produisent. Willan, le premier, et ensuite Biett, en ont fixé la signification en l'appliquant à une maladie essentiellement *papuleuse*. Aujourd'hui cette manière de voir est adoptée par tous les médecins qui se sont occupés des affections cutanées.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le prurigo est une maladie caractérisée par un prurit plus ou moins intense et par des papules plus ou moins larges, sans changement de couleur de la peau, isolées, distinctes, surmontées accidentellement d'une petite croûte noire centrale, résultant d'une gouttelette de sang coagulé.

Cette affection, qu'on trouve encore désignée sous les noms de *pruritus*, *scabies papuliformis*, est assez fréquente, surtout à l'état de médiocre intensité.

§ II. — Causes.

Le prurigo attaque tous les *âges*, mais on le rencontre principalement dans la seconde enfance et chez les vieillards. Les *hommes* en paraissent plus souvent atteints que les femmes. La *misère*, la malpropreté, les *excès* de toute sorte, tout ce qui, en un mot, exerce une action débilitante sur l'économie, est, suivant tous les auteurs, une condition favorable au développement du prurigo. Il en est de même du *tempérament nerveux* et de *tout ce qui exalte la sensibilité* de la peau. L'*hérédité* du prurigo est au moins douteuse; sa nature contagieuse n'est pas admise aujourd'hui.

Je me contente de cette simple énumération, parce que nous ne trouvons rien de positif dans les détails que je pourrais rassembler. C'est, au reste, une réflexion qui se présente naturellement à propos de presque toutes les maladies de la peau.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes diffèrent selon le degré d'intensité de la maladie, d'où la division en *deux variétés*.

Dans la *première*, les *papules* apparaissent petites, bien isolées, peu saillantes; mais surtout la *démangeaison* qui les accompagne est modérée, supportable : c'est le *prurigo mitis* de Willan.

Dans la *seconde*, au contraire, les *papules* sont larges, nombreuses, aplaties, quoique cependant plus saillantes que les précédentes. Le *prurit* est extrême; il augmente le soir, pendant le travail de la digestion, par la chaleur du lit. Les malades se grattent avec une sorte de fureur; ils comparent les démangeaisons à la sensation que feraient éprouver des insectes, des fourmis rongeant la peau. C'est cette variété qui a reçu de l'auteur anglais le nom de *prurigo formicans*. Dans cette dernière espèce, beaucoup plus que dans la précédente, on remarque au sommet des papules une petite *croûte* noirâtre. Ce caractère, très important pour le diagnostic, n'existe que par l'effet d'un *petit suintement de sang* produit par l'action des ongles, et coagulé au sommet de la papule.

Dans quelques circonstances, le prurigo s'accompagne de *poux* qui, en plus ou moins grand nombre, couvrent tout le corps; c'est ce qui avait engagé Willan à admettre un *prurigo pédiculaire*. Cette complication s'observe surtout chez les vieillards qui vivent dans la malpropreté et la misère; aussi avait-on signalé également une variété de *prurigo senilis*. Cette distinction n'est pas fondée, puisqu'on rencontre des cas semblables à d'autres âges de la vie; et d'ailleurs le prurigo, dans ces cas, ne diffère du prurigo ordinaire que par la présence des insectes

et par la forme des papules qui sont plus larges, plus aplaties et moins nombreuses. Comme le fait remarquer M. Cazenave (1), c'est à cette forme qu'il faut rapporter ces descriptions exagérées du prurit qui accompagne le prurigo.

§ IV. — Siége.

Le prurigo peut affecter toutes les parties du corps; cependant on le rencontre plus fréquemment au cou, au visage ou aux membres, à la partie externe desquels il a son siége de prédilection. Le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, dont on a voulu faire deux variétés fondées seulement sur le siége, sont deux affections qui n'appartiennent pas au prurigo proprement dit, car elles manquent de l'élément essentiel qui constitue cette affection, c'est-à-dire la papule (2).

M. Cazenave, qui a attiré l'attention sur ce point (3), les regarde comme des lésions de la sensibilité, et les range dans ce qu'il appelle les *hyperesthésies de la peau*. Tout en reconnaissant la vérité des assertions de ce médecin, nous dirons ici quelques mots de ces deux affections, ne devant rien omettre de ce qui intéresse le praticien.

L'excessive démangeaison qui accompagne le *prurigo des parties génitales* en est le caractère principal; chez la femme et chez l'homme, les organes extérieurs de la génération deviennent le siége d'une irritation permanente, entretenue par le grattage, auquel les malades ne peuvent résister; les frottements répétés les portent souvent à des pratiques honteuses, et chez quelques femmes il existe une véritable nymphomanie. Lorry (4) a laissé de ces accidents un tableau frappant.

Le *prurigo podicis*, qu'on rencontre plus souvent chez l'homme, ne diffère du précédent que par son siége : les malades éprouvent autour des sphincters une démangeaison insupportable qui s'étend jusqu'à l'intestin, les prive du sommeil, et les plonge souvent dans un état d'agitation et d'anxiété affreuses.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

De temps en temps le prurigo est augmenté par des *exacerbations* d'intensité variable; dans ces exacerbations, il survient une nouvelle éruption de papules et un redoublement de démangeaisons. Dans ces sortes de paroxysmes, les malades ne se contentent plus de leurs ongles pour se gratter, ils ont souvent recours à des corps durs et se déchirent la peau. Au bout d'un certain temps, par l'effet de ces exacerbations le *tissu cutané est altéré profondément*; il présente une *dureté* et un *épaississement considérables*. Il s'y développe quelquefois des éruptions pustuleuses, des furoncles, des abcès entremêlés de véritables cicatrices.

Dans les cas où l'affection est bénigne, elle peut disparaître au bout de deux ou trois septénaires; il se fait alors une *légère desquamation* dans les points affectés. Souvent, au contraire, le prurigo a une durée fort longue, quelquefois même indéfinie.

La guérison, qui est la *terminaison* de la maladie dans un grand nombre de cas,

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVI, 1842, art. PRURIGO.
(2) Voy. t. III, *Prurit de la vulve*.
(3) Voyez Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 361.
(4) *De morbis cutaneis*. Paris, 1777, in-4, p. 449.

est parfois impossible à obtenir, et dans certains cas, heureusement fort rares, on a vu la santé s'altérer profondément, et le malade succomber à l'insomnie, à la fièvre et au marasme.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le prurigo est toujours facile à reconnaître au caractère du prurit qui l'accompagne, à la forme, à la couleur, à la disposition de ses papules, au siége qu'elles occupent.

On ne le confondra pas avec le *lichen*, dont les papules sont plus petites, agglomérées, le plus souvent rouges et enflammées, et non recouvertes à leur sommet de cette petite croûte noirâtre sanguine qu'on observe dans le prurigo. Ajoutons que le prurit est bien moins intense dans le lichen.

Les autres affections qui s'accompagnent de prurit seront toujours distinguées facilement du prurigo par l'absence de la papule qui caractérise cette dernière maladie. En outre, la vésicule et les croûtes lamelleuses de l'*eczéma* ne se retrouvent pas dans le lichen, et les vésicules, les sillons de la *gale*, le siége habituel de cette maladie, son mode de transmission sont des signes qui ne permettront pas la confusion.

Pronostic. Le prurigo ne constitue pas par lui-même une maladie grave, mais il devient une incommodité fâcheuse par sa ténacité et les accidents auxquels il donne lieu. Il a réellement une certaine gravité quand il existe depuis longtemps chez des individus dont la constitution est détériorée par l'âge, la misère, les excès.

§ VII. — Traitement.

Quand le prurigo affecte un individu jeune et bien portant, que l'éruption papuleuse est médiocre et le prurit supportable, quelques *bains frais*, l'usage, pendant un certain temps de *boissons alcalines*, un *régime* doux, l'abstinence de tout excitant, suffisent en général pour faire disparaître la maladie. Lorsque l'affection existe à un degré plus élevé, on ajoute aux moyens précédents les *émissions sanguines* et l'emploi de quelques topiques dont nous ferons un peu plus loin connaître les principaux.

Le *traitement interne* acquiert une grande importance quand le prurigo se développe chez des individus dont la constitution est profondément débilitée. Dans ces cas, les *amers*, les *toniques*, les *ferrugineux*, le *soufre*, sont administrés à l'intérieur et ces moyens sont secondés par un *régime* fortifiant, l'usage des eaux ferrugineuses, du *vin chalybé*, etc., etc.

Les *moyens locaux* se composent de bains, de lotions, de pommades. M. Cazenave pense qu'à moins d'une indication spéciale, on ne doit pas compter beaucoup sur les *bains* de *son*, de *gélatine*, d'*amidon*, en un mot, sur tous les *bains émollients ;* il leur préfère les *bains alcalins*, et plus particulièrement encore les *bains sulfureux*. Il insiste d'ailleurs sur la température de ces bains : « Ce sont, dit-il, surtout les *bains chauds*, à température élevée, qui calment le plus promptement les malades. Les *bains de mer*, les *eaux de Néris*, de *Plombières*, etc., seront conseillés avec avantage. Il en est de même des *bains* et des *douches de vapeur aqueuse* de 30 à 35 degrés Réaumur. »

Les *bains de sublimé*, les *fumigations mercurielles*, sont surtout prescrits dans le *prurigo pédiculaire*, et quand l'affection est ancienne et rebelle.

Parmi les *lotions*, celles qui sont faites avec des substances alcalines tiennent le premier rang; celles qu'on fait avec l'*eau de savon*, la *décoction de jusquiame*, ont été souvent d'une utilité incontestable. Dans un cas où la maladie avait résisté à une foule de moyens, et occupait depuis longtemps la partie interne des cuisses et le scrotum, le docteur Barosh (1) employa avec un plein succès la lotion suivante :

℞ Iode	75 centig.	Eau distillée	150 gram.
Iodure de potassium	40 centig.		

Faites dissoudre; ajoutez :

Alcool rectifié........................ 30 gram.

Mêlez exactement par agitation.

Des compresses imprégnées de ce liquide étaient appliquées pendant plusieurs heures matin et soir, et, dans l'intervalle, on prescrivait chaque jour un grand bain émollient. Après quatre semaines, le prurigo qui durait depuis cinq ans, disparut complétement.

Quant aux *pommades*, celles qu'on emploie de préférence sont les pommades au *borate de soude* (3 à 4 grammes pour 30 d'axonge), la *pommade camphrée* et la *pommade au goudron*. Voici la formule de cette dernière :

℞ Goudron	2 à 4 gram.	Axonge	30 gram.

Mêlez. Pour onctions matin et soir.

La *pommade d'Helmerich* est aussi fréquemment mise en usage.

Les *variétés* de prurigo, telles que le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, ne réclament pas de médication spéciale.

M. Rayer cite un cas de *prurigo pudendi* où l'emploi des *douches gélatino-sulfureuses* à 25 degrés Réaumur eut un plein succès : la malade prit vingt-cinq douches de dix à quinze minutes et guérit complétement. Dans un autre cas, cité par le même auteur, des *lotions gélatino-sulfureuses*, unies à l'usage de la *limonade nitrique*, des *bains tièdes* et des *émissions sanguines*, triomphèrent d'un *prurigo podicis* qui avait résisté à un grand nombre de médicaments, et en particulier aux onctions de cérat soufré.

Ces variétés de prurigo, que M. Cazenave range dans les *hyperesthésies de la peau*, doivent, selon ce médecin, être soumises à un traitement rationnel qui consiste dans l'emploi de quelques *antispasmodiques*, une *hygiène sévère*, l'*abstinence de tout stimulant*, en tête desquels il place le *poisson de mer*. « J'ai eu recours, dit-il, avec des résultats variés, aux *pilules de Méglin*, au *datura stramonium*, au *sulfate de cuivre ammoniacal*, etc. Dans ces derniers temps, j'ai obtenu plusieurs fois une modification véritable à l'aide du *sulfate de quinine*, continué pendant un ou deux septénaires, à la dose de 20 ou 50 centigrammes. Je l'administrais à double titre, et comme antipériodique, et comme *hyposthénisant*. Mais c'est surtout à l'aide des *préparations arsenicales*, de la *solution de Pearson*, de la *liqueur de Fowler* (2).

(1) Voy. *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 220. Paris, 1844.
(2) Voy. *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1844, t. IX, p. 1027.

que j'ai obtenu les résultats les plus complets, non pas seulement dans les hyperesthésies de la peau sans éruption, mais dans le prurigo, et surtout dans les formes chroniques du lichen, si rebelles et si graves. »

On voit que, dans ce traitement du prurigo, comme, au reste, dans celui de toutes les affections cutanées, on n'a pas de règle bien fixe, et l'on a recours, sans avoir toujours un motif bien évident, à des moyens très divers. Mais c'est une réflexion qu'il faudrait faire à chaque instant, parce que la thérapeutique des maladies de la peau n'a pas encore été établie sur des recherches suffisamment exactes.

ARTICLE II.

LICHEN.

En rangeant définitivement le lichen dans la classe des affections papuleuses, Willan a fait cesser la confusion qui régnait dans les écrits des anciens auteurs relativement à ce mot, et aussi dans ceux de quelques auteurs modernes, tels que Sauvages, Lorry, Alibert. Biett a conservé à cette dénomination le sens que lui a donné le pathologiste anglais ; ceux qui sont venus après lui ont adopté la même manière de voir.

Willan admettait six espèces de lichen, désignées sous les noms de *lichen simplex*, *lichen pilaris*, *lichen circumscriptus*, *lichen agrius*, *lichen lividus*, *lichen tropicus*. Bateman y a ajouté le *lichen urticatus*. De toutes ces divisions, fondées sur des caractères spécifiques, je ne conserverai que les deux formes bien tranchées du *lichen simplex* et du *lichen agrius*, rattachant à ces deux variétés toutes celles que je viens d'énumérer.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le lichen est une maladie caractérisée : 1° par l'éruption simultanée ou successive de papules le plus ordinairement petites, agglomérées, conservant quelquefois la couleur de la peau, mais présentant, dans le plus grand nombre des cas, une coloration plus ou moins rouge ; 2° par des produits d'inflammation, tels que l'ulcération, la sécrétion d'un liquide séro-purulent, etc. ; 3° par un prurit plus ou moins considérable.

Fréquemment confondu avec d'autres affections prurigineuses, le lichen a été décrit sous des dénominations diverses, déjà indiquées dans la description de plusieurs autres affections, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Aujourd'hui que sa signification est bien établie, les auteurs s'accordent à le regarder comme une maladie fréquente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Les causes du lichen, comme l'observe Biett (1), sont très difficiles à déterminer ; on ne peut donc qu'indiquer d'une manière générale les conditions dans lesquelles il paraît se développer plus particulièrement.

On observe le lichen à tout *âge ;* la variété indiquée par Bateman, sous le nom

(1) *Dict. de méd.*, t. XVIII, art. LICHEN.

de *lichen urticatus*, serait, selon cet auteur, *particulière à l'enfance.* Les femmes en paraissent moins souvent atteintes que les *hommes.* Nous ne savons rien de positif sur l'influence des *tempéraments* et des *saisons;* cependant quelques auteurs admettent que le printemps et l'été sont plus favorables à son développement.

Les individus adonnés aux boissons alcooliques sont, dit-on, les plus exposés au *lichen agrius.* Quelques *professions*, dans lesquelles certaines parties du corps sont sans cesse en contact avec des agents irritants, paraissent prédisposer au lichen. On a également placé parmi les causes de cette affection les *écarts de régime*, auxquels on a accordé une influence marquée sur la production de toutes les maladies cutanées.

2° Causes occasionnelles.

Ce sont toutes celles qui exercent une action directe sur la peau : l'*insolation*, l'*exposition à un foyer ardent* (chez les forgerons, les cuisiniers, etc.), le *contact habituel de matières irritantes, pulvérulentes.* « C'est ainsi, dit M. Gibert (1), que la gale des maçons, des épiciers, des cordonniers, etc., est ordinairement un lichen. » Nous ne connaissons guère les autres causes déterminantes de cette affection.

§ III. — Symptômes.

1° *Lichen simple aigu.* De *petites papules*, de la grosseur d'un grain de millet, agglomérées, rouges, accompagnées d'un sentiment de *prurit* et de *chaleur* incommode, mais supportable, apparaissent à la surface de la peau. Après quelques jours, la rougeur diminue, les papules s'affaissent, et la démangeaison s'éteint graduellement. Au bout d'un ou de deux septénaires, une *légère desquamation* indique que l'affection est terminée.

Tel est, dans sa forme la plus bénigne, le *lichen simplex*, maladie du reste assez rare et toujours légère. Suivant Willan, cette éruption est toujours précédée de *symptômes fébriles;* mais M. Cazenave (2) n'a vu apparaître des symptômes généraux que dans les cas où l'éruption était très étendue; c'est aussi ce qu'avait observé Biett.

2° *Lichen simple chronique.* Au lieu d'affecter cette marche rapide, le lichen, le plus souvent, reste stationnaire pendant un long espace de temps, ou bien se prolonge par une succession d'éruptions nouvelles, ce qui constitue le lichen simple *chronique :* affection beaucoup plus commune que celle que je viens de décrire, et que j'ai appelée *lichen simple aigu.*

Dans le lichen simple chronique, les papules sont peu ou ne sont point enflammées; elles conservent la couleur de la peau, et consistent en de *petites saillies*, surtout *appréciables au toucher.* Le doigt, promené sur l'éruption, perçoit la sensation de petits corps durs dont la peau serait comme hérissée. Celle-ci, quand la maladie dure depuis un certain temps, subit un *épaississement* plus ou moins considérable, et souvent se couvre d'une *exfoliation* assez abondante.

Le *siége* le plus ordinaire du lichen simple, quand il est aigu, est le cou et le

(1) *Traité prat. des malad. spéciales de la peau.* Paris, 1839, in-8.
(2) *Ann. des malad. de la peau*, 2° vol., p. 35.



visage : à l'état chronique, on le rencontre plus particulièrement au bras et au dos de la main.

3° *Lichen agrius.* Dans cette forme, qui peut se développer primitivement ou succéder au *lichen simplex*, l'éruption prend un haut degré d'intensité (d'où le nom d'*agrius* : ἄγριος, *ferus*), et se présente avec des caractères particuliers.

Sur une *surface érythémateuse* apparaissent réunies un grand nombre de *petites papules* très rouges, très enflammées ; elles sont saillantes, comme acuminées, luisantes ; elles s'accompagnent d'une *chaleur ardente*, d'une tension douloureuse, d'une *cuisson mêlée de démangeaisons.*

Puis l'inflammation s'accroît, le volume des papules augmente, et leur sommet devient le siége de *petites ulcérations* à la surface desquelles se produit un *liquide séro-purulent* qui se concrète et se convertit en *petites croûtes.* Celles-ci sont d'un jaune verdâtre, rugueuses, proéminentes ; elles adhèrent à peine et reposent sur des *surfaces chagrinées* et séparées par des intervalles où la peau apparaît comme hérissée de papules (Cazenave). Quelquefois, au bout de deux septénaires, l'inflammation cède graduellement, et tout se termine par une *desquamation légère.*

Dans le plus grand nombre des cas, des éruptions et des ulcérations nouvelles entretiennent et prolongent la maladie : on voit successivement les *squames* et les *croûtes* se remplacer. Au moment de ces exacerbations, le prurit devient intolérable et jette les malades dans un état nerveux insupportable. A la fin, *la peau s'épaissit* et prend une teinte jaunâtre remarquable qui frappe les yeux exercés.

Le *lichen agrius*, avec les caractères de gravité que nous venons de décrire, *siége* le plus souvent au visage, où parfois il fait naître un gonflement qui en altère les traits. Il peut aussi occuper toute la surface cutanée ; souvent concentré aux mains et surtout à la face dorsale des doigts, il atteint la matrice de l'ongle qui est inégal, rugueux et friable.

4° *Variétés.* Telles sont les deux formes principales qui constituent le lichen ; les nombreuses variétés qu'on a admises rentrent dans la description que nous venons de donner. Il nous suffira d'ajouter que, dans le *lichen pilaris*, les papules existent à la base des poils, et le prurit est des plus intenses ; que le *lichen lividus*, qu'on ne rencontre que chez les individus faibles, à constitution détériorée, est ainsi nommé à cause de la teinte pourprée, mélanique qu'offrent les papules. La disposition en rubans arrondis et formant des cercles a reçu de Biett les dénominations de *lichen gyratus*, et la disposition en groupes a été appelée par Willan *lichen circumscriptus.* Quant au *lichen urticatus* de Bateman, il n'a de particulier que ses papules plus larges et plus rouges que celles du lichen simple, plus saillantes et plus arrêtées que les élévations de l'*urticaire.* Je ne ferai que mentionner le *lichen tropicus*, variété propre au climat des tropiques, et dont le lecteur pourra prendre une idée dans l'ouvrage de Cleghorn (1).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme on l'a vu par la description des symptômes, le lichen, dans sa forme légère et dans sa forme intense, peut avoir une *marche* rapide ; dans ces cas, la

(1) *On the diseases of Minorca.* London, 1779.

maladie ne dure pas au delà de deux ou trois septénaires, et la guérison survient à la suite d'une légère exfoliation épidermique.

Mais le plus souvent la durée du *lichen simplex* et du *lichen agrius* est plus longue; elle est entretenue par une succession plus ou moins nombreuse d'éruptions de papules, qui sont autant d'états aigus et prolongent la maladie pendant des mois et des années.

La guérison cependant est la *terminaison* la plus fréquente. Biett admettait, dans certains cas, la transformation du lichen en *impétigo.*

Après la disparition du mal, la peau conserve une épaisseur et une fermeté remarquables, ce qui lui donne, comme le fait observer cet auteur, un aspect analogue à celui qu'elle offre dans quelques cas d'*ichtyose* peu considérable.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Des boutons pleins, solides, des *papules* développées le plus ordinairement à la face externe des membres et accompagnées de prurit, rappelleront toujours à quelle classe il faut rapporter la maladie. Quant au *prurigo*, on le distingue du lichen parce que ses papules sont plus larges, aplaties, ont leur sommet déchiré et recouvert d'une petite croûte sanguine noirâtre. Le prurit du *lichen simplex* est plus souvent léger; il est âcre et brûlant dans le prurigo.

J'ai donné à l'article *Eczéma* les caractères qui distinguent les *vésicules eczémateuses à l'état chronique*, du *lichen agrius*, et, dans la description de l'*herpès*, ceux qui distinguent l'*herpès tonsurant* du *lichen circumscriptus ;* je me contenterai d'y renvoyer le lecteur.

Quant au *lichen urticatus*, on ne le confondra pas avec l'*éruption ortiée* (urticaire), si l'on se rappelle que, dans celle-ci, les élevures cutanées sont plus étendues, que leur durée est fugace, que leur surface est plate, quelquefois allongée, cylindrique, semi-lunaire.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic du *lichen agrius* offre quelque difficulté : c'est surtout quand les papules nombreuses, agglomérées, sont tellement confluentes, qu'il est impossible de les reconnaître; mais en cherchant avec attention, il est rare qu'on ne trouve pas, sur le bord des plaques, des papules dont la présence lève tous les doutes.

Pronostic. Le lichen n'est pas une maladie grave; mais c'est le plus souvent une incommodité fâcheuse en raison de sa ténacité et des récidives qui sont assez fréquentes. Son siége à l'anus et aux parties génitales lui donne un caractère de gravité sur lequel j'ai insisté à l'occasion du prurigo de ces parties; je n'y reviendrai pas ici.

§ VI. — Traitement.

Le traitement du lichen a une grande analogie avec celui du prurigo; la plupart des moyens que j'ai indiqués à l'occasion de cette dernière affection sont applicables à celle que je décris. Ainsi les *antiphlogistiques*, les *émollients*, les *alcalins*, les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, sont conseillés dans le lichen comme dans le prurigo, et l'on a joint à ces moyens le *sulfate de quinine* et les *préparations arsenicales.*

Mais il est quelques indications particulières qu'il est nécessaire de signaler. C'est par elles que je compléterai le traitement de cette affection.

Traitement du lichen agrius. « Il faut, dit M. Cazenave, avoir recours aux *émissions sanguines*, aux *fomentations*, aux *lotions mucilagineuses*, aux *bains émollients*, aux *boissons acidulées.* » Cet auteur veut qu'on borne l'emploi des émollients à l'état aigu; à part ce cas, il a trouvé que la peau les supportait mal, et qu'ils semblent augmenter sa sensibilité déjà exagérée.

Les *lotions alcalines et mercurielles* seront employées avec avantage, ainsi que les *bains* de même nature. Les auteurs s'accordent, dans ce cas, à proscrire les *bains sulfureux ;* ils insistent également, comme dans toutes les formes intenses ou rebelles, sur l'*observation rigoureuse des principes de l'hygiène*, dans le détail desquels je n'ai pas besoin d'entrer. Les *acides minéraux* pris à l'intérieur sont aussi vantés par la plupart d'entre eux.

Selon M. Cazenave, l'emploi des *pommades* est rarement utile dans le traitement du lichen. Néanmoins on a mis en usage celles que nous avons fait connaître dans le traitement du prurigo, telles que les *pommades alcaline*, *au goudron*, etc., etc. M. Gibert a conseillé la suivante :

℞ Deutoxyde de mercure..	4 gram.	Axonge.................	32 gram.
Camphre.............	0,75 gram.		

Dans les cas où le lichen est très ancien, M. Rayer dit s'être servi avec avantage de la pommade suivante :

℞ Calomel..............	4 gram.	Axonge.................	30 gram.
Camphre.............	0,80 gram.		

Il dit aussi avoir quelquefois fait cesser le prurit en cautérisant légèrement la peau avec le *nitrate d'argent* ou à l'aide de *lotions vinaigrées.* C'est dans ce même but que M. Baumès (1) conseille une compression forte et égale *avec une plaque de plomb*, ou seulement *avec des bandes* sur la partie affectée.

Quant aux *bains* leur emploi dans le traitement du lichen reçoit de fréquentes applications; c'est surtout aux *bains alcalins* et aux *bains de vapeur* qu'on a eu recours avec le plus de succès. Dans un certain nombre de cas, les bains pris aux sources d'Enghien, de Louèche, de Schninznach ont procuré des guérisons remarquables. C'est particulièrement dans les formes chroniques, et quand l'inflammation locale est légère, qu'on peut conseiller l'emploi de ces moyens.

M. Bazin (2) qui emploie l'*huile de cade* indistinctement contre toutes les maladies de la peau, la regarde comme très efficace contre le lichen agrius qui cède comme par enchantement aux frictions faites tous les jours sur toute l'étendue des surfaces malades avec un gros pinceau de chanvre imbibé d'huile de cade pure.

Traitement du lichen circumscriptus. « Lorsque, dit M. Baumès, l'éruption est isolée, et forme une plaque ou plusieurs plaques éparses, délimitées, à papules agglomérées, on peut essayer l'application d'un *vésicatoire* sur la plaque unique, ou de *plusieurs vésicatoires successifs* sur les diverses plaques. Après avoir enlevé la vessie, on *panse la surface dénudée avec la pommade au nitrate d'argent.* C'est

(1) *Nouvelle dermatologie.* Lyon, 1842, t. I, p. 532.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 décembre 1851.

un moyen auquel j'ai dû des succès remarquables, surtout au visage et sur le dos des mains. »

Selon MM. Cazenave et Schedel, Biett a souvent employé avec succès dans le *lichen agrius*, et quelquefois même dans le *lichen simplex chronique*, *les pilules asiatiques :* il en faisait prendre au malade une par jour pendant un mois et plus. En voici la composition :

℞ Acide arsénieux........	0,05 gram.	Gomme arabique.......	0,10 gram.
Poivre noir............	0,60 gram.	Eau..................	Q. s.

Triturez pendant longtemps l'acide et le poivre; ajoutez la gomme et l'eau, et faites une masse à diviser en douze pilules.

Je n'ai pas besoin d'ajouter combien il serait nécessaire d'avoir des recherches très exactes sur l'efficacité de ces divers traitements et sur les indications qui engagent à y avoir recours.

ARTICLE III.

STROPHULUS.

Je décris à part cette espèce d'affection papuleuse, bien que quelques auteurs l'aient comprise dans l'histoire du lichen, en en faisant une simple variété (*lichen strophulus*). Le strophulus est une maladie propre à la première enfance; il a quelques caractères spéciaux, et sa fréquence est assez grande : ces considérations m'ont engagé à dire quelques mots, dans un article spécial, de cette affection, très légère sans doute, mais de la bénignité de laquelle le praticien a besoin d'être convaincu.

Le strophulus est une maladie caractérisée par une éruption plus ou moins étendue, quelquefois générale, de papules ou plus blanches ou plus rouges que le reste de la peau, siégeant habituellement à la face, et accompagnées de démangeaisons plus ou moins vives.

Connu vulgairement sous le nom de *feux de dents*, de *boutons*, de *rougeurs*, le strophulus coïncide, dans la presque totalité des cas, avec l'époque de la *première dentition*. C'est là tout ce que nous savons sur l'étiologie de cette affection.

La division adoptée par Willan en plusieurs espèces distinctes par la couleur ou la disposition de l'éruption, mérite d'être conservée, parce qu'elle sert de base au diagnostic. Je la suivrai dans l'exposé des symptômes que je vais donner rapidement.

Strophulus intertinctus. Ses *papules*, d'un rouge vif, situées le plus communément sur les joues, les avant-bras, le dos de la main, sont remarquables en ce qu'elles sont entremêlées de *points* ou de *plaques rouges* plus ou moins étendues : véritables *taches érythémateuses* qui ne font pas saillie au-dessus du niveau de la peau.

Strophulus confertus. Dans cette variété, l'éruption s'étend et devient confluente.

Strophulus volaticus. Quelques *petites plaques arrondies*, qui deviennent le siége de *papules d'un rouge vif*, se développant sur différents points du corps et disparaissant avec rapidité, constituent cette forme dont la durée est éphémère.

Strophulus albidus. Ses *papules sont plus blanches que le reste de la peau* ; en outre, elles sont petites et peu nombreuses. Elles sont entourées, à leur base, d'une *aréole rouge.* Elles occupent surtout la face, le cou, la poitrine.

Strophulus candidus. Plus largement développées que dans la variété précédente, les *élevures ne présentent pas d'inflammation à leur base.*

Dans la plupart des cas, et quelle que soit la forme de l'éruption, le strophulus ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile, si ce n'est peut-être dans la variété *strophulus volaticus*, dans laquelle on observe aussi parfois quelques nausées et un peu de dévoiement.

Comme on le voit, le strophulus est toujours une maladie bénigne. Sa *durée* varie de trois ou quatre jours, à un ou deux septénaires.

Il suffit pour le *diagnostic* de rappeler que dans la majeure partie des cas, le strophulus est lié au travail de la dentition. Cette circonstance, en effet, le fera distinguer des autres affections papuleuses avec lesquelles on pourrait le confondre.

Dans la plupart des cas, le strophulus ne réclame pas de traitement particulier. Quelques *lotions avec de l'eau tiède ou du lait*, quelques *bains simples ou émollients* donnés à une douce température, suffisent le plus souvent pour faire disparaître promptement l'éruption. Dans quelques cas, on a modifié avantageusement le *régime* alimentaire, en donnant à l'enfant une autre nourrice ; mais cette précaution est rarement nécessaire.

CHAPITRE V.

AFFECTIONS SQUAMEUSES.

Les affections squameuses sont généralement moins fréquentes que celles dont il a été question jusqu'ici ; mais, d'un autre côté, elles ont souvent plus d'importance à cause de la difficulté qu'on éprouve à les faire disparaître. Elles méritent, à ce dernier titre, toute notre attention.

M. Rayer (1) a tracé très nettement les caractères des affections squameuses ; je lui emprunte le passage suivant :

« Les affections squameuses, dit-il, se reconnaissent à des lamelles ou à des plaques d'épiderme altéré, desséché ou d'un blanc mat, qui, après leur chute, ne tardent pas à être reproduites : la peau, au-dessous d'elles, est toujours plus ou moins enflammée. Les squames sont précédées de taches rouges ou d'élevures papuleuses dont le sommet est couvert d'une petite écaille. »

On a rangé parmi les affections squameuses, le *psoriasis*, la *lèpre*, le *pityriasis*, la *pellagre* et la *syphilide squameuse.* Je ne traiterai dans ce chapitre que des trois premières affections que je viens d'indiquer. Les nouvelles recherches sur la pellagre exigent, en effet, qu'on lui consacre une description particulière ; je ferai l'histoire de cette maladie dans un *appendice*, et quant à la syphilide squameuse, elle aura sa place comme les autres dans le chapitre consacré aux syphilides.

(1) *Traité théor. et pratiq. des malad. de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 110.

ARTICLE Ier.

PSORIASIS.

Les nombreux points de ressemblance qui existent entre le *psoriasis* et la *lèpre* (*lepra vulgaris*) seraient suffisants pour m'autoriser à décrire dans un même article l'histoire de ces deux affections, et par là j'éviterais les répétitions inutiles, qui sont, de toute autre manière, inévitables lorsqu'il s'agit de leur étiologie, de leur siége, de leur marche et de leur traitement; mais la crainte de quelque confusion dans la description des symptômes m'a engagé à les décrire séparément, à l'exemple d'un bon nombre d'autres auteurs. Au reste, cette manière de procéder n'aura pas de grands inconvénients, surtout après les explications que je viens de donner, parce qu'après avoir présenté, avec tous les détails nécessaires, l'histoire importante du psoriasis, je me contenterai, dans l'article consacré à la lèpre, d'indiquer les caractères propres qu'elle présente, négligeant autant que possible tout ce qui appartient également à l'une et à l'autre de ces affections.

Employé par les anciens pour désigner tantôt des dartres humides, tantôt des dartres sèches, le mot *psoriasis* a été définitivement consacré par Willan et Biett à une affection squameuse de la peau. Batemann a décrit les quatre variétés suivantes: 1° *psoriasis guttata;* 2° *psoriasis diffusa;* 3° *psoriasis gyrata;* 4° *psoriasis inveterata.* M. Rayer a admis cette division, que j'adopte en grande partie, comme on le verra plus loin.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le psoriasis est une affection chronique de la peau, caractérisée par des plaques plus ou moins étendues, irrégulières, saillantes, recouvertes de squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

Mentionné plutôt que décrit par quelques auteurs sous les noms de *psora* et de *scabies sicca*, le psoriasis a été aussi désigné sous les noms de *dartre sèche*, *dartre squameuse*. Alibert avait imposé la dénomination de *dartre squameuse lichénoïde* à une des principales formes de cette affection.

La *fréquence* du psoriasis est grande. D'après le relevé que m'a communiqué M. le docteur Marcel, et que j'ai cité à l'article *Eczéma* (1), cette maladie est entrée pour un huitième dans la totalité des cas admis dans le service de M. Devergie.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. M. Cazenave (2) qui, sous le rapport de l'étiologie, a étudié comparativement le psoriasis et la lèpre, s'exprime ainsi : « L'un et l'autre apparaissent à tous les *âges*, mais à beaucoup près dans des proportions différentes : ainsi est-il très rare de voir une éruption squameuse se manifester pour la première fois après cinquante ans. Il est plus ordinaire de l'observer dans l'enfance, mais c'est de quinze à vingt-cinq ans qu'on l'observe le plus souvent. Sur cinquante malades,

(1) Voy. plus haut, art. Eczéma.
(2) *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 133. Paris, 1844.

le psoriasis et la lèpre ont paru vingt-trois fois de quinze à vingt ans; vingt fois de vingt à trente; cinq fois de trente à quarante, deux fois passé quarante ans. Du reste, c'est surtout le psoriasis que l'on trouve chez les vieillards. »

Le *sexe* ne paraît pas avoir d'influence sur le développement du psoriasis; il en est de même des *saisons;* suivant les auteurs, le *tempérament* lymphatique semble y prédisposer; mais les recherches sont insuffisantes sur ce point.

2° Causes occasionnelles.

Ni le psoriasis, ni la lèpre ne sont *contagieux*. Dans un certain nombre de cas, on a attribué l'apparition ou le retour du psoriasis à l'usage de *certains aliments*, aux *boissons alcooliques*, à des *écarts hygiéniques*, à des *émotions morales*, à l'*humidité*. Quant à cette dernière cause, M. Cazenave a observé quelques cas dans lesquels elle a paru avoir une influence évidente; et, comme il le fait remarquer, l'éruption débutait alors sur les points les plus exposés à l'humidité. Voici d'ailleurs à quel résultat cet auteur a été conduit par l'analyse des faits: « Sur cinquante cas, dit-il, de psoriasis et de lèpre, six fois nous avons trouvé des raisons probables de croire à l'*hérédité;* six fois ces maladies ont semblé avoir été déterminées par des influences accidentelles capables de modifier profondément la peau; par la variole, par des fièvres intermittentes. Trois fois elles ont été attribuées à l'ivrognerie, sept fois à l'humidité, vingt-huit fois il a été impossible de saisir une cause occasionnelle, même probable. »

Il faut donc, avec M. Cazenave, invoquer un état particulier de la peau, état qui peut être héréditaire ou acquis, et dont les causes réelles sont encore inconnues.

§ III. — Symptômes.

On peut rattacher à trois types principaux les différentes formes sous lesquelles se présente le psoriasis. Je décrirai, avec M. Cazenave: 1° un *psoriasis guttata;* 2° un *psoriasis diffusa;* 3° un *psoriasis inveterata*. Nous mentionnerons ensuite quelques particularités relativement au siége, afin de compléter ce qui a rapport à la symptomatologie de cette affection.

1° *Psoriasis guttata*. Au début, ce sont de *petits points rouges*, distincts, saillants, qui de bonne heure se couvrent, au centre, d'une *légère* écaille sèche et blanche. Ces points s'élargissent et ne dépassent guère les dimensions d'un centimètre; ils sont répandus ordinairement sur de grandes surfaces; isolés, discrets, ils présentent une petite *squame* d'un blanc chatoyant, le plus souvent très brillant: on croirait des gouttes de liquide projetées à la surface cutanée, d'où le nom de *psoriasis guttata*. Cette variété, qu'on rencontre le plus ordinairement à la partie postérieure du tronc et à la face externe des membres, s'accompagne généralement d'un peu de prurit.

Dans quelques cas assez rares, les petites plaques du *psoriasis guttata* sont rapprochées et disposées de manière à affecter des formes plus ou moins bizarres, comme rubanées: c'est le *psoriasis gyrata* des auteurs.

M. Cazenave en cite un cas où l'éruption présentait à la région épigastrique un huit de chiffre parfaitement régulier.

2° *Psoriasis diffusa*. Dans cette forme, qui est la plus commune, le psoriasis débute par des *surfaces* plus ou moins larges, irrégulières, qui deviennent bientôt

rugueuses, sèches, et se couvrent de *squames*. Celles-ci sont minces, grisâtres, adhérentes, et tombent lentement. Si on les détache, on trouve la surface sous-jacente un peu rouge, mais le plus souvent d'un rouge terne, déjà plissée, bientôt grise, puis sèche, puis enfin écailleuse de nouveau.

Le *psoriasis diffusa* peut se présenter sur une foule de points à la fois ; quelquefois il est *général*. Son *siége* de prédilection est aux membres, surtout au voisinage des articulations, aux coudes, aux genoux. Dans quelques cas, assez rares, du reste, la maladie consiste seulement dans un très petit nombre de plaques ; dans d'autres, elle envahit une énorme surface, un membre tout entier, par exemple.

3° *Psoriasis inveterata*. Dans certains cas, la maladie fait des progrès lents, mais continuels ; les squames deviennent plus sèches, plus abondantes ; la *peau* qu'elles recouvrent s'épaissit, se gerce dans tous les sens. Les *sillons* qui en résultent sont si rapprochés, qu'on n'aperçoit plus en quelque sorte de squames ; mais à leur place une *poussière farineuse* qui tombe avec une extrême abondance et se reforme très rapidement.

Arrivé à ce degré, le psoriasis donne à la peau qu'il envahit un aspect tout particulier. Sa surface ressemble à une masse squameuse : c'est une *enveloppe*, un étui rugueux, saillant, épais, inégal, profondément sillonné, qui quelquefois enferme un membre tout entier.

Les moindres mouvements produisent des *déchirures avec écoulement de sang*. C'est dans ces cas qu'on voit les *ongles* présenter une altération profonde ; ils deviennent cassants, ternes, puis jaunissent, se recourbent ou se brisent, et tombent. Ils sont remplacés par de petites masses écailleuses tout à fait informes. Cet accident, qui a lieu surtout quand la maladie occupe les mains et l'extrémité des doigts, peut également survenir quand elle a son siége dans un point éloigné.

C'est alors que les malades sont souvent tourmentés par des *démangeaisons insupportables*, démangeaisons augmentées par la chaleur du lit, le travail de la digestion, un changement atmosphérique.

§ IV. — Siége de la maladie.

Indépendamment des points de prédilection où se développe le psoriasis, tels que les membres et le voisinage des articulations, il est certaines parties du corps où il peut se montrer et rester limité, et où il prend une physionomie particulière en raison du siége qu'il occupe. Voici ce que l'observation nous apprend à cet égard.

Le *psoriasis palmaire* est une variété très commune. Comme son nom l'indique, il occupe la paume de la main. La maladie commence par un point ordinairement très petit, suit une marche excentrique, envahissant de proche en proche une étendue plus ou moins grande ; la peau se fendille, se couvre de gerçures profondes, surtout à la face interne des doigts, qui acquièrent une certaine roideur. En même temps il existe une chaleur et une cuisson plus ou moins vive. Les squames, minces, blanches, sont très étendues, surtout apparentes à leur circonférence ; le centre, où elles sont rares, plus petites et plus adhérentes, est le plus souvent rouge, dur, épaissi.

C'est dans ces cas que les ongles finissent par s'altérer et subir les modifications que j'ai indiquées à l'occasion du *psoriasis inveterata*. J'ajouterai toutefois que le

plus souvent le mal se présente à un degré moins élevé; les ongles se ternissent seulement et deviennent inégaux, rugueux, quelquefois comme piquetés, jusqu'à ce que l'amélioration survienne : alors on les voit repousser à la racine, unis et d'une teinte rougeâtre.

Au *prépuce* le psoriasis détermine un épaississement remarquable, des gerçures et un rétrécissement qui amène tous les accidents du phimosis.

Aux *lèvres*, il forme un cercle squameux, et donne à la bouche un aspect froncé très remarquable. Sous l'influence des contractions de l'orbiculaire, il s'opère une foule de gerçures rayonnées.

Le psoriasis borné aux *paupières* s'y manifeste par des squames légères qui, au bout de quelque temps, se reforment à peine et laissent après elles des élévations papuleuses larges, sèches ,. peu rouges, accompagnées ordinairement d'un gonflement comme œdémateux. Parfois la démangeaison est très vive, et parfois aussi les mouvements des paupières, devenus très difficiles, apportent un obstacle marqué à la vision et déterminent des opththalmies qui peuvent compromettre l'œil.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du psoriasis, quelle que soit sa forme, est, en général, lente, et l'absence de tout symptôme aigu pendant son développement est un caractère qui mérite d'être noté. Cependant, comme le fait remarquer M. Cazenave, il y a quelquefois, sous ce rapport, des exceptions. Cet auteur a observé certains cas dans lesquels il a vu les plaques s'animer tout à coup, devenir chaudes, et la peau se gonfler; puis survenir une éruption comme confluente de plaques nouvelles, avec douleur vive, chaleur intense, phénomènes généraux, mouvement fébrile, etc. Cette sorte de crise se termine au bout de quelques jours, et parfois la maladie ne revient à son premier état qu'au bout de plusieurs semaines. Si l'inflammation est plus intense, il peut se former une *exsudation séreuse* sur les plaques, exsudation qui détache les écailles. M. Cazenave en a rapporté un exemple remarquable.

Il est des cas où ce passage à l'état aigu n'est plus accidentel, mais revient *périodiquement*. Du reste, cela s'observe très rarement.

La *durée* du psoriasis est toujours longue; elle varie de quelques mois à plusieurs années. Certains individus conservent toute leur vie cette affection.

Le *psoriasis guttata*, dont la durée est généralement moins longue que celle des autres espèces, se *termine* par résolution ; les saillies diminuent, les écailles qui les recouvrent deviennent plus minces, puis cessent de se reformer ; enfin elles laissent des surfaces rougeâtres qui finissent par reprendre leur coloration normale. Quelquefois cette espèce de psoriasis disparaît au milieu d'une éruption nouvelle de *psoriasis diffusa*.

Après être resté longtemps stationnaire et fixé dans une région, sur un membre, le *psoriasis diffusa* se termime par la guérison. Dans ce cas, les écailles cessent de se reformer; la peau reste longtemps un peu rude, comme chagrinée, et ce n'est qu'à la longue qu'elle reprend son état naturel.

Le *psoriasis inveterata*, qui persiste souvent d'une manière indéfinie, constitue, dans un certain nombre de cas, la terminaison du psoriasis simple.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Le psoriasis est généralement facile à reconnaître : la présence de squames dures, sèches, d'un blanc chatoyant, est un caractère qui ne permet pas de le confondre avec certains cas rares d'affections vésiculeuses arrivées à l'état squameux. Ainsi, dans l'*eczéma chronique*, ce sont des lamelles molles, minces, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance inégale, recouvrant des surfaces plus ou moins humides; et, d'un autre côté, dans le psoriasis, la peau que recouvre la squame offre une certaine saillie, et l'éruption est le plus souvent remarquable par l'absence de toute acuité.

La *lèpre* (*lepra vulgaris*) se distingue du psoriasis par des disques arrondis, à bords élevés, à centre sain. Quelquefois les disques confluents simulent par leur rapprochement les plaques irrégulières du psoriasis; mais dans ces cas on retrouve toujours, à l'extrémité des surfaces malades, des portions de disques qui mettent sur la voie du diagnostic. Dans un cas observé par M. Cazenave, à mesure que la maladie s'avançait vers la guérison, de grandes plaques informes, prises pour un psoriasis invétéré, décelèrent leur nature lépreuse, lorsqu'après s'être affaissées elles se divisèrent, se séparèrent en plusieurs points, et, selon qu'elles avançaient davantage vers une terminaison favorable, prirent de mieux en mieux la forme distincte d'anneaux arrondis.

Pronostic. Le psoriasis n'est pas une maladie absolument grave; mais comme il est une des affections de la peau les plus rebelles et les plus sujettes à récidiver, le médecin ne devra jamais perdre de vue cette importante considération. Il se souviendra aussi que certaines variétés de psoriasis, peut-être en raison de leur siége, persistent avec une ténacité désespérante : telles sont celles qui ont pour siége les lèvres, le prépuce, la paume des mains.

Alors même qu'il affecte la forme la plus grave, le psoriasis peut exister un certain nombre d'années sans altérer la santé d'une manière notable.

§ VII. — Traitement.

Une foule de moyens ont été préconisés pour la guérison du psoriasis, et beaucoup sont loin d'avoir la valeur que les auteurs leur ont assignée.

Nous manquons des documents nécessaires pour apprécier l'efficacité de l'*orme pyramidal* vanté par le docteur Lesoni, de l'*extrait aqueux d'ellébore blanc* à la dose de dix à vingt centigrammes, de diverses préparations où entrent la *renoncule*, le *rhus radicans*, etc., etc.; aussi me contenterai-je d'indiquer ces moyens. J'insisterai, au contraire, sur les médicaments suivants bien plus généralement employés, et dont les avantages paraissent assez bien démontrés. Je les divise en externes et en internes.

1° *Médication externe.* Les principaux agents dont se compose la médication interne sont les pommades, les lotions et les bains.

Pommades. Un grand nombre de pommades ont été proposées; telles sont les pommades *sulfureuses*, *alcalines*, *mercurielles*, etc., etc.; le lecteur en trouvera les formules dans les articles précédents. Ici je me contenterai de dire quelques mots des pommades d'*iodure de soufre* et de *goudron*, parce que leur emploi a

été l'objet d'une étude plus suivie, ce qui permet mieux d'en apprécier la valeur (1).

La pommade d'*iodure de soufre*, introduite par Biett dans la thérapeutique des affections cutanées, est composée de la manière suivante :

℞ Iodure de soufre... de 1 à 1,50 gram.	Axonge purifiée.......... 32 gram.

Mêlez. Pour frictions, matin et soir.

Biett et M. Cazenave, qui ont le plus fréquemment employé cette pommade, disent en avoir obtenu de très bons résultats ; mais c'est le plus souvent, selon ce dernier auteur, comme auxiliaire d'un traitement interne. Toutefois il est des cas où la guérison a été due à l'usage exclusif de la pommade.

Ordinairement, avec la pommade d'iodure de soufre, on n'attaque l'éruption que d'une manière successive. Ce n'est que lorsque celle-ci a disparu d'une région qu'on la poursuit par des frictions nouvelles sur un autre point. « A cette occasion, dit M. Cazenave, j'ai observé plusieurs fois quelque chose d'assez remarquable : c'est que, sous l'influence de frictions faites avec la pommade d'iodure de soufre sur un point limité, sur un membre, par exemple, l'éruption marchait sensiblement vers la résolution, non seulement dans les points frictionnés, mais encore sur toutes les parties où l'on n'avait pas mis de pommade. » Quelle que soit l'explication qu'on donne de ce fait, il mérite d'être noté.

La *pommade au goudron*, dont M. Émery fait une large application dans le traitement du psoriasis, est employée par ce médecin selon la formule suivante :

℞ Goudron................ 4 gram.	Axonge................. 32 gram.

On frictionne largement, deux fois par jour, tous les points occupés par l'éruption. De temps en temps un bain alcalin, un bain de vapeur sont donnés pour nettoyer la peau et venir en aide à l'action du traitement.

La disparition rapide de l'éruption a témoigné, dans un grand nombre de cas, de l'efficacité de la pommade au goudron ; il ne saurait y avoir de doute à cet égard. Toutefois l'emploi de ce moyen a quelques inconvénients dont il faut être prévenu. L'odeur du goudron, les effets de la pommade sur le linge, en rendent l'application difficile, surtout quand la maladie est répandue sur de grandes surfaces.

Dans ces derniers temps, M. Émery avait essayé de remplacer le goudron par la *naphtaline :* mais une odeur plus désagréable encore, une action trop irritante et des résultats moins heureux l'y ont fait renoncer pour revenir au goudron.

Voici, du reste, comment ce médecin dirige le traitement dans lequel d'autres moyens que la pommade au goudron sont employés (2) :

Avant de commencer les frictions avec la pommade au goudron, il fait prendre un bain au malade et lui fait faire des frictions légères avec cette pommade au moment où il en sort. Cette médication est répétée trois fois le jour. Après deux ou trois jours, on augmente la dose de la pommade et l'activité de la friction. Après trois ou sept jours, les malades ont toujours de la pommade sur eux, et quand la maladie est ancienne on couvre les grandes plaques avec des compresses,

(1) Voy. Cazenave, *Traité des malad. du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 147.

(2) *Un dernier mot sur les divers psoriasis, la lèpre vulgaire et leur traitement* (*Bull. gén. de thérap.*, juin 1849).

sur lesquelles on a étendu une couche, d'une ligne d'épaisseur, de pommade au goudron. Les malades se baignent dans de l'eau tiède, une ou deux fois la semaine. On est très rarement obligé de suspendre ce traitement. Cela n'arrive que chez les sujets qui ont la peau très impressionnable, chez lesquels il se développe quelques pustules d'impétigo ou de petits furoncles. Bien souvent encore continuent-ils leur traitement malgré cela. Dix jours se sont à peine écoulés que l'on aperçoit dans les psoriasis dont les squames sont tombées un cercle blanchâtre qui les circonscrit, et qui va en s'étendant de la circonférence au centre. C'est l'annonce de la décroissance du mal, qui le plus ordinairement disparaît dans l'espace de deux ou trois mois, sans que le malade ait éprouvé de l'altération dans sa santé. *Dans la lèpre vulgaire*, le centre commence à se dégager ; les anneaux qui forment la chaîne arrondie se séparent et se comportent ensuite comme des plaques de psoriasis.

Il résulte de ce qui précède que certaines pommades, et notamment celles de *goudron* et d'*iodure de soufre*, ont une action incontestable sur la disparition de l'éruption squameuse. M. Cazenave, dont l'expérience est d'un grand poids sur ce point, a formulé son opinion de la manière suivante : « Dans les affections récentes, peu étendues, on peut tenter, espérer une guérison par ce traitement externe. Dans les éruptions largement répandues, dans les formes invétérées, il ne doit plus être compté que comme auxiliaire, et il importe de l'associer à un traitement interne plus ou moins actif. »

Lotions. Elles ont rarement été employées comme seul moyen de traitement ; le plus souvent on n'y a recours que comme à des moyens auxiliaires plus ou moins utiles, et généralement dans les cas où l'éruption a un siége très limité.

On a préconisé les lotions de toute espèce : *sulfureuses*, *émollientes*, *narcotiques*, *mercurielles*, *alcalines*, etc. Ce sont ces dernières qu'on emploie le plus souvent, et M. Cazenave dit qu'on peut les prescrire sans inconvénient selon la formule suivante :

℞ Carbonate de potasse.. 4 à 8 gram. | Eau de rose............. 500 gram.

Je ne multiplierai pas ces formules, dont on trouvera des exemples dans les articles précédents.

Bains. Tous les auteurs s'accordent sur l'utilité des bains dans le traitement du psoriasis, et, parmi les bains, ceux que j'ai indiqués à propos des différentes affections cutanées ont tous été employés et vantés dans celle-ci. Cependant ils n'ont pas tous le même degré d'efficacité : voici quelques considérations qui pourront guider dans l'emploi des principaux d'entre eux.

Les bains *émollients* simples ou peu actifs ne sont guère qu'accidentellement mis en usage ; ils sont utiles pour diminuer l'action trop énergique du traitement, ou calmer l'acuité passagère que revêt quelquefois le psoriasis.

On a beaucoup vanté les *bains de sublimé*, et, dans ces derniers temps encore, on leur a accordé une grande efficacité. Biett et M. Cazenave se sont livrés à une série d'expériences sur l'emploi de ce moyen, et ils n'ont pu obtenir un seul cas de guérison. Les résultats publiés par ces deux observateurs, sans détruire complétement l'idée favorable qu'on peut avoir des bains de sublimé dans le traitement du psoriasis, méritent d'être pris en sérieuse considération. Quant à moi, ayant eu,

dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade affecté de psoriasis invétéré borné aux deux coudes, j'ai observé ce qui suit.

Je lui fis prendre tous les jours le bain suivant :

℞ Deutochlorure de mercure.............. 30 gram.

Dissolvez dans :

Alcool............................ 100 gram.

Versez la solution dans l'eau du bain.

Après les premiers bains, les squames se détachèrent et ne se reproduisirent pas, et la peau reprit son aspect naturel dans beaucoup de points ; mais il en resta un certain nombre qui ne furent que peu modifiés, et la continuation du traitement pendant quatre semaines n'eut plus aucun effet.

Il n'en est pas de même des *bains alcalins :* M. Cazenave les a vus quelquefois, dans les formes peu graves, procurer à eux seuls une guérison assurée ; il leur reconnaît, avec Biett, une utilité incontestable, et les administre dans la proportion de 125 à 250 *grammes de sous-carbonate de potasse* pour un bain.

Les *bains de vapeur* aqueuse, à la température de 32 à 35 degrés Réaumur, sont regardés par MM. Rayer, Cazenave, etc., comme ayant une supériorité incontestable. Les *douches de vapeur* sont surtout efficaces quand le psoriasis est borné à une surface limitée. « Chez les adultes, dit M. Rayer, on se sert avec avantage de douches et de bains de vapeur. En alternant leur emploi avec celui des bains *sulfureux*, on est quelquefois parvenu, dans l'espace de trois ou quatre mois, à guérir des psoriasis confluents peu enflammés. »

Les *bains de mer* ont souvent été utiles. Bateman dit, à l'occasion du psoriasis palmaire, que ces bains, continués pendant plusieurs semaines, ont été un remède efficace.

Cautérisation. Ce moyen, qui n'a d'action qu'autant qu'il détruit plus ou moins profondément les tissus, est peu employé aujourd'hui. M. Cazenave, qui signale ses inconvénients et qui a observé des accidents graves à la suite de son usage, le bannit avec raison de la thérapeutique des affections squameuses.

2° *Médication interne.* C'est elle qui renferme les moyens véritablement efficaces contre le psoriasis ; et pour M. Cazenave, elle seule, dans la généralité des cas, permet d'obtenir une guérison solide et durable. Parmi ces agents, je signalerai les purgatifs, les sudorifiques, les antimoniaux, les sulfureux, la teinture de cantharides et les préparations arsenicales, et j'insisterai sur chacun d'eux selon le degré d'importance de leur emploi.

Purgatifs. On ne compte plus guère aujourd'hui sur l'efficacité des purgatifs dans le traitement des affections squameuses. Leur emploi, connu sous le nom de *méthode Hamilton*, consiste à administrer tous les jours, pendant plusieurs mois, *quinze grammes de sel d'Epsom* ou *huit grammes de sous-carbonate de potasse*, ou encore *quinze à vingt centigrammes de calomel* et de *résine de jalap*, afin d'obtenir plusieurs évacuations alvines. Cette pratique, selon M. Rayer, paraît surtout applicable aux psoriasis de la face et du cuir chevelu.

Sulfureux. Ils sont administrés surtout dans le *psoriasis guttata*, quand la maladie est récente, et que les sujets sont jeunes, à peau blanche et irritable. On

donne à l'intérieur les *Eaux-Bonnes*, les eaux d'*Enghien*, etc. ; on en seconde puissamment l'effet en prescrivant en même temps *deux ou trois bains sulfureux par semaine.* Il ne faudrait pas, du reste, compter beaucoup sur les sulfureux hors des conditions que nous venons d'indiquer, car l'expérience a prouvé qu'on se tromperait.

Sudorifiques. Ceux auxquels M. Cazenave a le plus fréquemment recours sont une décoction de *squine* ou de *salsepareille*, à laquelle il fait ajouter une petite quantité de *daphne mezereum*, selon la formule suivante :

℞ Salsepareille...........	45 gram.	Eau..................	1250 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Ajoutez, dans les dix dernières minutes de l'ébullition :

Daphne mezereum...................... 1 gram.

Passez. Édulcorez avec le sirop de squine. Dose : trois verres par jour.

La *décoction de Zittmann* n'a pas eu, entre les mains de M. Cazenave, les heureux résultats que les auteurs allemands s'accordent à lui rapporter. Les expériences auxquelles ce médecin s'est livré (1) doivent inspirer une certaine réserve dans la confiance qu'il faut attribuer à ce médicament. En voici, du reste, la formule et la manière d'en faire usage :

Décoction de Zittmann.

N° 1.

℞ Salsepareille..........	375 gram.	Eau..................	12 kilogr.

Faites bouillir pendant deux heures. Suspendez dans le liquide un nouet composé de :

Sulfate d'alumine.......	45 gram.	Sulfure de mercure......	4 gram.
Mercure doux..........	15 gram.		

Vers la fin, ajoutez :

Réglisse...............	45 gram.	Semence d'anis.........	15 gram.
Feuilles de séné........	64 gram.		

Retirez du feu, et laissez infuser. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n° 1.

N° 2.

℞ Résidu de la première décoction.		Eau..................	12 kilogr.
Racine de salsepareille...	190 gram.		

Faites bouillir pendant deux heures ; ajoutez à la fin :

Écorce de citron......	ãã 12 gram.	Cardamome mineur......	12 gram.
Cannelle............		Réglisse................	24 gram.

Laissez infuser pendant une heure. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n° 2.

Pour commencer le traitement, le malade prend la veille six pilules purgatives. M. Cazenave donne les suivantes :

℞ Jalap................	0,60 gram.	Aloès....................	1,00 gram.
Gomme-gutte.........	0,15 gram.		

Pour six pilules.

(1) *Ann. des maladies de la peau*, t. I, p. 51, 118.

Le lendemain, le malade commence l'usage de la décoction qu'il prend ainsi qu'il suit :

1° Le matin, de bonne heure, la moitié d'une bouteille de la décoction n° 1, par verres de demi-heure en demi-heure, le malade restant au lit.

2° A midi, une bouteille de la décoction n° 2, tout entière, par verres de demi-heure en demi-heure.

3° Le soir, le malade reprend, trois heures après le dîner et par verres, le reste de la bouteille n° 1.

On prend cette décoction pendant vingt ou vingt-cinq jours.

En Allemagne, on exige que, pendant le traitement, la quantité des aliments soit strictement réduite à 200 ou 250 grammes, et il faut que les malades soient tenus continuellement dans une température élevée et égale ; ces conditions, qu'on ne peut pas toujours réunir, ne doivent cependant pas être négligées si l'on veut obtenir du médicament les heureux résultats que, selon plusieurs auteurs, il est permis d'en attendre.

Parmi les *antimoniaux*, il en est un dont M. Cazenave a fait quelquefois usage : ce sont les *pilules de Plummer*, qu'il administre à cause de leur action purgative et de leur effet sudorifique. Je crois devoir reproduire ici leur formule, quoique je l'aie donnée déjà à l'article *Herpès*, parce que la manière de les administrer dans les cas de psoriasis a une certaine importance.

Pilules de Plummer.

℞ Soufre doré d'antimoine.	ãã 12 gram.	Suc épuré de réglisse......	8 gram.
Protochlorure de mercure		Mucilage de gomme arabique.	Q. s.

Pour faire une masse qu'on divise en pilules de 30 centigrammes. La dose est d'une à deux par jour.

Il faut continuer, s'il est possible, l'emploi de ces pilules pendant plusieurs semaines.

Le *sirop de Peyrilhe*, dont la partie véritablement active est le *sous-carbonate d'ammoniaque*, a joui d'une très grande réputation. M. Cazenave (1) a mis en usage un sirop semblable ainsi composé :

℞ Sous-carb. d'ammoniaque..	10 gram.	Sirop sudorifique.........	250 gram.

Faites dissoudre le sous-carbonate d'ammoniaque dans suffisante quantité d'eau, et ajoutez la solution au sirop. Dose : de une à quatre cuillerées par jour.

Sous l'influence de ce médicament et de quelques bains de vapeur, M. Cazenave a vu les plaques rougir, les squames se détacher, la maladie guérir.

Cantharides. Biett le premier a préconisé la *teinture de cantharides* dans les affections squameuses, et une longue expérience lui avait démontré l'utilité de ce médicament. M. Cazenave, qui a été témoin de succès remarquables dus à l'emploi de ce moyen, sous la direction de Biett, nous fournit les résultats suivants qui dispensent de tout commentaire. « En dépouillant soixante cas d'affections squameuses pris au hasard parmi les observations recueillies dans son service, je trouve seize malades traités par la teinture de cantharides : de ces seize malades huit ont guéri ; chez six, l'éruption a été notablement améliorée ; un n'a éprouvé

(1) *Bull. gén. de thér.*, juillet 1848.

aucune modification; chez un autre, on n'a pu continuer le médicament à cause de quelques accidents. Or ces accidents, rares d'ailleurs, consistent surtout dans des nausées, des coliques, de la diarrhée, plus rarement des érections incommodes. Ils cèdent toujours facilement d'ailleurs à l'interruption du traitement. »

On administre la teinture de cantharides par gouttes; on en prescrit *trois ou quatre d'abord*, puis on augmente progressivement *jusqu'à vingt-cinq ou trente au plus que l'on divise en deux ou trois doses*, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Arsenic. Depuis longtemps les préparations arsenicales ont été employées dans le traitement des maladies squameuses. Girdlestone, Willan, Bateman, Duffin (1) en ont obtenu des résultats avantageux. En France, Biett en a, un des premiers, popularisé l'emploi, et aujourd'hui, parmi les médecins qui ont adopté cette médication, M. Cazenave en a surtout établi l'efficacité d'après un grand nombre de faits soumis à son observation. C'est donc à lui que j'emprunterai les principaux détails de ce mode de traitement.

Il n'est pas tout à fait indifférent d'employer telle ou telle préparation arsenicale; toutes ont bien une action réelle, mais ne conviennent pas indistinctement à tous les cas. Ainsi, chez les individus jeunes, irritables, chez les femmes, quand l'éruption est récente et peu étendue, il est préférable de prescrire la *solution de Pearson* ou la *solution de Biett.* En voici la composition que j'ai déjà indiquée, mais qu'il importe de reproduire ici, parce que l'emploi de ce moyen s'applique d'une manière toute particulière à la maladie qui nous occupe.

Solution de Pearson.

℞ Arséniate de soude......	5 centig.	Eau distillée...........	32 gram.

Faites dissoudre.

Solution de Biett.

℞ Arséniate d'ammoniaque..	5 centig.	Eau distillée...........	32 gram.

Ces deux solutions sont administrées à la *dose de cinquante centigrammes*, que l'on porte successivement jusqu'à 1 ou 2 grammes par jour, en divisant toujours cette quantité en deux doses, à prendre une le matin et une le soir.

Si, au contraire, l'affection est ancienne, si les individus sont mous, peu irritables; si les voies digestives sont en bon état, M. Cazenave prescrit la *solution de Fowler*, qui est plus énergique, et à laquelle il adjoint quelquefois les *pilules asiatiques* à la dose d'une à deux par jour.

Solution de Fowler.

℞ Acide arsénieux........	5 gram.	Eau distillée..........	500 gram.
Carbonate de potasse.....		Alcool de mélisse composé	16 gram.

On l'administre *à la dose de trois ou quatre gouttes d'abord*, puis graduellement *jusqu'à douze gouttes par jour, dose qu'on ne doit guère dépasser.* La solution de Fowler contient un centième de son poids d'acide arsénieux.

Comme tous les agents énergiques, les préparations arsenicales ont besoin

(1) *On squamous disorders* (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1826).



d'être surveillées dans leur emploi : elles déterminent quelquefois des accidents qui ne sont jamais graves, et que, le plus souvent, on voit disparaître en suspendant pendant quelques jours l'administration du traitement. Ces accidents sont des coliques, de la diarrhée, quelques nausées, quelquefois un peu d'oppression et de toux sèche, quinteuse; ils sont d'ailleurs assez rares. M. Cazenave dit avoir vu bien des cas où l'on a continué le traitement à des doses plus élevées que celles que j'ai indiquées plus haut, pendant des mois, des années, et cela impunément.

Quelle que soit la préparation arsenicale que l'on emploie, on doit toujours commencer par ces faibles doses, puis les augmenter progressivement et en surveiller attentivement les effets. L'administration de l'arsenic a besoin d'être suspendue de temps en temps : tous les mois, par exemple, alors même qu'elle ne déterminerait aucun accident. On la reprend quelque temps après, en recommençant toujours par de petites doses. Ces préceptes, établis par M. Cazenave, qui a si souvent employé les préparations arsenicales, devront toujours être présents à l'esprit du praticien.

Je crois, vu l'importance du sujet, devoir ajouter ici le passage suivant d'un mémoire de M. Émery sur l'emploi de la solution de Fowler.

« L'administration de la *solution de Fowler* doit être faite avec précaution. On doit commencer par cinq gouttes, dans 120 grammes de liquide sucré, que l'on divise en deux portions. On augmente, tous les deux jours, d'une goutte; et l'on arrive rapidement à 12, s'il n'y a pas d'accidents. Si l'on s'aperçoit que les plaques deviennent moins épaisses et commencent à prendre une coloration gris noirâtre, on n'augmente plus, car on s'exposerait à produire des accidents, ce symptôme étant un signe de saturation. Quand, au contraire, le malade supporte bien le remède, on en continue l'emploi; s'il n'y a aucun amendement, on arrive à la dose de 15 à 16 gouttes, qu'il faut rarement dépasser. La peau devient parfois le siége d'une douleur assez aiguë; ou bien sans être douloureuse, elle est chaude, et un peu rouge autour des plaques. Quelques bains tièdes, des boissons délayantes et la diminution de la dose de liqueur suffisent pour faire disparaître ces légers accidents. Il est des estomacs impressionnables qui ne peuvent supporter les arsenicaux, en commençant même par les quantités les plus faibles. Quand cela est bien constaté, on doit recourir à une autre médication. Souvent, après douze ou quinze jours de ce traitement, il survient une constriction à la gorge, une douleur assez intense à l'estomac. En suspendant tout remède, ces symptômes disparaissent en deux ou trois jours; on recommence alors le traitement par cinq gouttes; et tous les deux jours, comme la première fois, on en ajoute une autre. Les douleurs vers le cœur qui en rendent les battements douloureux forcent quelquefois de recourir à la saignée. Le symptôme dont il faut le plus tenir compte est incontestablement la contraction des extenseurs des membres. Aussitôt qu'elle se montre, il faut abandonner l'emploi des arsenicaux, si l'on ne veut pas voir le mal augmenter et devenir rapidement incurable. »

Quant à l'efficacité de l'arsenic dans l'affection qui nous occupe, je ne chercherai pas à la démontrer; je me contenterai de citer ce passage de M. Cazenave, qui pourra donner au lecteur une idée de l'importance de cette médication : « Pour moi, dit ce médecin, les préparations arsenicales, aidées au besoin de quelques

pommades, et toujours des *bains de vapeur*, constituent aujourd'hui, sinon l'unique, au moins le plus efficace des moyens de traitement à opposer au psoriasis et à la lèpre vulgaire. »

Médications particulières. Les différences de siége ou de forme que peut revêtir le psoriasis ne demandent pas, à proprement parler, de médication spéciale. Je me contenterai de citer un psoriasis des paupières, ancien, rebelle à de nombreux traitements, et qui a cédé entre les mains de M. Cazenave, à la *solution de Fowler*.

M. Payan (1) cite un cas de guérison d'un psoriasis longtemps rebelle à tout traitement et qui guérit par le *traitement arabique*. Ce médecin ne donne que le résumé de l'observation ; rien ne prouve qu'il n'ait pas eu affaire à un *psoriasis syphilitique*.

M. Rayer rapporte l'observation d'un homme qui fut guéri d'un *psoriasis palmaire* par l'application dans la paume de la main de deux *vésicatoires volants*. Ces deux vésicatoires furent suivis de la chute de l'épiderme altéré et de la formation d'un épiderme lisse et persistant.

ARTICLE II.

LÈPRE (*lepra vulgaris*).

Hippocrate et les médecins grecs avaient employé le mot *lepra* (de λεπρὸς, écaille) pour désigner d'une manière générique les affections squameuses de la peau. Ce mot s'est trouvé plus tard détourné de sa signification, et a été appliqué à des maladies bien différentes (telles que diverses espèces d'*éléphantiasis*), emportant avec lui l'idée d'une affection grave, hideuse, repoussante. Willan a rendu au mot *lèpre* sa première acception, et il a été imité en cela par Bateman et la plupart des pathologistes, tels que Biett, MM. Rayer, Cazenave, Schedel et Gibert.

Les nombreux détails dans lesquels je suis entré à l'article *Psoriasis* me permettront d'être court en parlant de la lèpre ; je ne dirai de cette dernière que ce qu'elle a d'absolument spécial, renvoyant pour tout le reste à l'histoire du psoriasis, affection qui s'en rapproche par beaucoup de points, et dont la lèpre n'est en quelque sorte qu'une variété. Willan et Bateman ont décrit trois formes de lèpre : 1° *lepra vulgaris ;* 2° *lepra alphoides ;* 3° *lepra nigricans.* J'aurai l'occasion de rappeler cette division.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La lèpre vulgaire est caractérisée par des plaques écailleuses arrondies, à centre sain ou déprimé, à bords élevés, et recouvertes de petites squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

La lèpre a été désignée sous bien des noms ; elle correspond à ce que les anciens appelaient *melas*, *alphos ;* elle a aussi été nommée *dartre écailleuse*, *lepra vulgaris ;* c'est la *dartre squameuse orbiculaire* d'Alibert, etc.

La lèpre n'est pas une maladie rare. M. Cazenave (2) dit que le psoriasis est plus fréquent que la lèpre dans la proportion seulement de 33 sur 50.

(1) *Journal de méd. de Toulon* et *Bull. gén. de thér.*, 2 janvier 1851.
(2) *Ann. des maladies de la peau*, t. I, p. 133.



§ II. — Causes.

L'étiologie de la lèpre se confond avec celle du psoriasis. Je ne saurais donc mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'article précédent.

§ III. — Symptômes.

La lèpre débute par de *petits points rouges*, déjà saillants et recouverts aussitôt d'une *squame* très légère qui ne s'étend pas d'abord à toute la saillie qu'elle surmonte ; cette petite élévation s'affaisse et s'élargit, puis s'arrondit en même temps que son centre, qui redevient sain et se déprime davantage. De ce progrès excentrique, il résulte bientôt un *disque régulier* de dimension variable, égalant ordinairement celle d'une pièce de 2 francs.

Les *disques lépreux* ont des bords saillants ; ils sont recouverts de petites *écailles* minces, sèches, d'un blanc chatoyant, adhérentes, brisées inégalement tout autour de l'anneau, tombant et se renouvelant sans cesse. Ils sont rouges quand ils sont dépouillés de leurs squames. *Le centre est sain*, et l'éruption ne s'accompagne d'aucune humidité, d'aucun suintement.

Quand les disques ont atteint une certaine dimension, la maladie reste stationnaire ou disparaît parfois spontanément, mais plus souvent par suite d'un traitement approprié. Dans certains cas, lorsque l'éruption est ancienne, qu'elle est devenue pour ainsi dire confluente, quand les disques se sont agglomérés autour d'une articulation, on voit la lèpre revêtir la forme grave que j'ai décrite sous le nom de *psoriasis inveterata*, et donner lieu à des accidents semblables. Toutefois cela s'observe beaucoup plus rarement que dans le psoriasis.

Quelquefois la lèpre présente, surtout chez les enfants et les individus blonds à peau fine, des *plaques exactement arrondies*, recouvertes de *squames d'un blanc chatoyant* : c'est la variété appelée par Willan *lepra alphoides*. Dans certains cas, l'éruption conservant ses caractères habituels, *les squames ont une coloration noirâtre :* c'est la *lepra nigricans* du même auteur.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Quand la maladie marche vers la guérison, les bords une fois dépouillés de leurs squames se recouvrent plus lentement, ils s'affaissent ; bientôt le disque s'affaisse également, et, à partir de ce moment, la plaque disparaît bientôt, ne laissant qu'une légère empreinte qui finit aussi par disparaître complétement.

La lèpre peut, pendant des années entières, être stationnaire ; les anneaux restent les mêmes, les squames tombent et se renouvellent sans cesse ; seulement elles deviennent plus sèches, plus farineuses, et les surfaces qu'elles recouvrent sont de moins en moins saillantes. Dans ce cas, l'éruption est le plus ordinairement très étendue.

Il n'est pas très rare de voir la lèpre disparaître assez régulièrement à l'approche d'une saison, pour se manifester de nouveau au retour d'une autre.

§ V. — Siége de la maladie.

La lèpre peut être *générale* ou *bornée à des points limités.* Même lorsqu'elle est très étendue, la face et la paume des mains en sont presque toujours exemptes ; dans le

cas contraire, c'est au cuir chevelu, aux régions articulaires qu'on la trouve plus particulièrement.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Je ne répéterai pas ici ce que j'ai dit du diagnostic de la lèpre et du psoriasis; je renvoie à l'histoire de cette dernière affection. Quant à l'*herpès circiné*, dont les cercles ont une certaine analogie avec ceux de la lèpre vulgaire, le lecteur trouvera à l'article *Herpès* (1) les signes distinctifs de ces deux maladies.

Pronostic. Ce que j'ai dit du pronostic du psoriasis s'applique parfaitement à la lèpre vulgaire; seulement il faut ajouter que le psoriasis est, toutes choses égales, une affection plus fâcheuse que la lèpre.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la lèpre se confond tellement avec celui du psoriasis, que la plupart des moyens préconisés par les auteurs ont été employés indistinctement contre ces deux affections. Il en est quelques uns cependant qui doivent trouver ici leur place spéciale, parce que c'est contre la lèpre seule qu'ils paraissent avoir été recommandés et employés avec succès (2).

Médication externe. Les frictions avec la *pommade au calomel* (4 grammes pour 30 grammes d'axonge), à la dose de 4 et même de 15 grammes par jour, sont conseillées par M. Rayer, qui dit en avoir obtenu un grand nombre de guérisons.

Cet auteur recommande aussi, dans les cas où les plaques sont peu nombreuses et très anciennes, de les recouvrir successivement de petits *vésicatoires volants*, ou de *les cautériser* superficiellement avec une solution d'*acide chlorhydrique* ou de *nitrate acide de mercure* affaibli.

Médication interne. La *douce-amère* a joui, dans le traitement de la lèpre, d'une grande réputation. En France, Carrère, et plus tard, en Angleterre, le docteur Crichton, l'ont employée avec succès. Willan a rapporté les expériences du docteur anglais, et Biett, qui les a répétées, n'est pas arrivé, à beaucoup près, à des résultats aussi satisfaisants. Un petit nombre seulement des sujets soumis à cette médication éprouva une amélioration sensible; deux furent radicalement guéris. On administre la *décoction des tiges à la dose de* 15 *grammes jusqu'à* 60 *grammes pour une pinte d'eau.*

Tels sont les seuls moyens spéciaux que je crois devoir mentionner à propos du traitement de la lèpre vulgaire, en faisant remarquer de nouveau que toute la thérapeutique du psoriasis est applicable à cette affection : *cantharides*, *préparations arsenicales*, etc., etc. Quant à ces dernières, on se sert plus spécialement de la *solution de Fowler*.

ARTICLE III.

PITYRIASIS.

Les médecins grecs avaient donné le nom de *pityriasis* (de πίτυρον, son) à une exfoliation farineuse de l'épiderme. C'est encore dans ce sens qu'on emploie aujourd'hui cette dénomination, bien que, pendant un certain temps, le pityriasis ait

(1) Voy. plus haut, art. *Herpès*.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XIV, p. 114, 465.

fait partie du groupe de maladies auxquelles on avait donné le nom générique de *teignes*, et dont le siége est dans le cuir chevelu.

Biett ayant séparé avec soin le pityriasis des affections avec lesquelles on peut le confondre, avait admis, avec Willan et Bateman, les quatre variétés suivantes : 1° *pityriasis capitis*, 2° *pityriasis rubra*, 3° *pityriasis versicolor*, 4° *pityriasis nigra*. Je ne reconnaîtrai, avec M. Cazenave (1), que deux formes principales, selon que la maladie s'accompagne ou non d'une modification de la couleur des tissus. La première est le pityriasis sans coloration anormale, que l'on décrit ordinairement sous le nom de *pityriasis capitis*, à cause de son siége de prédilection, dans les endroits garnis de poils, et surtout au cuir chevelu. L'autre comprend les variétés connues sous les noms de *pityriasis rubra*, *versicolor*, et *nigra*, dont le caractère distinctif est une modification dans la couleur des tissus affectés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pityriasis est une inflammation chronique de la peau, accompagnée d'une sécrétion anormale de la matière épidermique. Biett en plaçait le siége dans les couches les plus superficielles du derme.

Cette maladie a reçu différents noms. On lui a donné celui de *porrigo*, lorsqu'il était rangé parmi les teignes; Alibert l'avait désigné sous les noms de *dartre furfuracée volante*, *herpès furfureux*.

Le pityriasis est une maladie *fréquente ;* sa bénignité, dans un bon nombre de cas, fait qu'il n'attire pas l'attention, et que ceux qui en sont affectés ne réclament pas les secours du médecin.

§ II. — Causes.

Les causes du pityriasis sont généralement obscures. On l'observe à tout *âge*. Chez les nouveau-nés, il apparaît sous forme d'une crasse légère, bientôt remplacée par de petites squames qui, après leur chute, laissent un peu de rougeur au cuir chevelu. Chez les vieillards, on l'observe assez souvent sous la forme d'une légère desquamation. Les femmes dont la chevelure est brune, longue et épaisse, paraissent plus prédisposées au *pityriasis capitis*. Au menton, il a souvent été attribué à l'*action du rasoir*.

L'*insolation*, l'*ingestion d'aliments âcres*, les *émotions morales*, ont paru, dans certains cas, avoir quelque influence sur le développement des *pityriasis rubra* et *versicolor*.

§ III. — Symptômes.

1° *Pityriasis sans modification de la couleur des tissus*, ou *pityriasis capitis*. Au cuir chevelu, la maladie commence par une *légère exfoliation farineuse*, et il suffit de quelques soins pour tenir les cheveux propres et nets. Bientôt la desquamation augmente, et il y a à peine quelques heures qu'on a débarrassé la chevelure des squames qui la couvraient, qu'elle se trouve remplie de nouveau de *pellicules blanchâtres* que le moindre mouvement fait tomber en grande abondance.

Cet état s'accompagne d'une *démangeaison* quelquefois assez vive, et même d'un *sentiment de chaleur* désagréable. L'action de se gratter amène une foule de

(1) *Dict. de méd.*, t. XXIV, art. PITYRIASIS, 1841.

pellicules qui semblent encore renaître sous l'ongle à mesure que le malade se gratte.

Les *squames* ont l'aspect de petites lamelles très ténues, très minces, blanches, sèches, adhérentes par une de leurs extrémités. A la tête, elles acquièrent parfois la largeur d'une petite lentille. Au menton, l'exfoliation ressemble à de petites molécules de son qui se détachent et se renouvellent avec une très grande facilité.

A ces symptômes s'ajoute bientôt un accident d'une certaine importance : c'est une *alopécie* plus ou moins considérable. Les femmes surtout, au moment où elles se peignent, s'aperçoivent que leurs cheveux tombent, et cette chute semble encore augmenter par les soins minutieux qu'elles prennent pour se débarrasser des pellicules blanchâtres qui recouvrent la tête. Au bout d'un certain temps, le cuir chevelu dégarni laisse voir des places entièrement nues, surtout à la partie supérieure et dans les points qui correspondent aux séparations de la coiffure.

Cette alopécie, sur laquelle M. Cazenave (1) a particulièrement attiré l'attention, tient à ce que le cheveu, entouré à sa sortie d'un tissu enflammé, et pressé comme dans un étui squameux, devient sec et cassant, se brise et tombe soit spontanément, soit par l'action du peigne et du grattage ; mais comme son bulbe est intact, il repousse, pour retomber encore si l'affection du cuir chevelu n'a pas complétement disparu.

2° *Pityriasis avec modification de la couleur des tissus.* Je m'occuperai d'abord du *pityriasis rubra.* Il est caractérisé par des *plaques* très peu étendues, de la largeur d'une lentille environ, qui bientôt s'étendent et recouvrent de larges surfaces. Celles-ci ont alors un *aspect rougeâtre*, et sont recouvertes d'une foule de *squamules* très minces qui tombent et se renouvellent sans cesse comme dans l'espèce précédente. Cette maladie, selon Bateman, s'accompagne de sécheresse de la peau, d'une démangeaison incommode et d'une forte tension.

Le *pityriasis versicolor*, outre la desquamation furfuracée abondante qui l'accompagne, présente, au niveau des points malades, une *coloration jaunâtre* caractéristique. Ordinairement il apparaît au cou, au ventre, à la poitrine, sous forme de *plaques* plus ou moins considérables, colorées et farineuses.

Le *pityriasis nigra* ne diffère du *pityriasis rubra* que parce que les squames reposent sur des *surfaces d'un noir plus ou moins foncé.* Dans certains cas, l'épiderme seul est coloré. Si on l'enlève, on trouve des surfaces rouges et lisses ; d'autres fois l'épiderme, transparent, laisse voir la couche sous-jacente avec la coloration noire dont elle est le siége.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, le pityriasis est une maladie dont la *marche* est lente ; sa *durée* est toujours longue quand l'éruption occupe une assez grande surface et qu'elle est entretenue par une irritation quelconque. La *terminaison*, qui parfois a lieu spontanément quand l'affection est légère, se fait le plus souvent longtemps attendre, même quand on emploie un traitement méthodique et continué avec persévérance.

(1) *Annales des maladies de la peau*, 1844, t. I, p. 225. — *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 167.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic du *pityriasis* est toujours facile. On le distinguera toujours du *psoriasis* par l'étendue des squames et leur coloration; de la *lèpre* par la disposition et l'élévation des anneaux squameux que présente cette affection.

A la suite de certains *exanthèmes*, on observe une desquamation qu'on pourrait confondre avec celle du pityriasis; mais, dans cette dernière affection, il y a une reproduction constante de lamelles qui se détachent et tombent sans cesse, tandis que, dans les exanthèmes, ce sont de larges surfaces qui se dépouillent pour ainsi dire à la fois, laissant çà et là des étendues variables de peau saine.

Ce caractère de *reproduction incessante de l'épiderme*, inhérent au pityriasis, le fera distinguer aussi de ces desquamations qui parfois ont lieu à la suite de l'*eczéma* ou du *lichen*. Du reste, l'existence antérieure d'une affection papuleuse ou vésiculeuse lèverait tous les doutes.

La coloration fauve qui distingue le *pityriasis versicolor* des autres formes de cette affection ne pourra être confondue avec *certaines éphélides* dont la surface ne présente pas cette desquamation furfuracée qui caractérise le pityriasis.

Pronostic. Le pityriasis est en général une maladie peu grave; cependant, en raison de son siége, de l'incommodité qu'il occasionne, de l'alopécie qu'il produit, et de son opiniâtreté, il acquiert une certaine importance aux yeux du praticien.

§ VI. — Traitement.

Le *pityriasis capitis*, indépendamment des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose, réclame l'emploi de certaines précautions. On s'abstiendra donc de toute coiffure qui tende à tirailler ou à serrer les cheveux; l'usage du rasoir sera interdit, et la barbe sera coupée avec des ciseaux. Chez les enfants, surtout si l'éruption est légère, il suffit de brosser légèrement la tête; la peau, stimulée sous cette influence cesse de s'exfolier en écailles farineuses.

Quand la maladie s'accompagne de l'alopécie que j'ai signalée, le traitement doit être dirigé de la manière suivante, surtout s'il s'agit du *pityriasis capitis*, ainsi que M. Cazenave le fait remarquer.

« Le traitement général, dit cet auteur, est borné à l'administration de quelques *boissons amères* et à l'emploi de *légers laxatifs*. Localement je fais faire, selon que l'inflammation est plus ou moins intense, ou des *lotions alcalines* ou des *lotions émollientes*. S'il y a de la chaleur, de la cuisson, si la desquamation est par trop abondante, je fais faire des onctions avec la *moelle de bœuf préparée*, ou des lotions avec l'*eau de son*, de *laitue*. Plus tard, je fais faire, soir et matin, des frictions légères avec un peu de la pommade suivante :

♃ Sous-borate de soude.. de 1 à 2 gram.	Axonge........... de 30 à 40 gram.

Mêlez.

» Le matin, je fais laver la tête soit avec une lotion émolliente, soit avec la lotion alcaline suivante :

♃ Sous-carbonate de potasse.. 4 gram.	Eau distillée........... 500 gram.

Mêlez.



» Je prescris en même temps quelques bains tièdes alternés avec des bains alcalins. »

Dans plusieurs cas de *pityriasis capitis* peu intense que j'ai eu à traiter, la chute des cheveux et la formation des pellicules ont été arrêtées en quelques jours par le simple emploi de la *pommade au calomel* (5 grammes pour 30 grammes d'axonge).

Ces indications peuvent servir pour toutes les variétés du pityriasis. J'ajouterai qu'on conseille quelquefois les *émissions sanguines* dans le *pityriasis rubra*, si le sujet est fort et vigoureux; que les *bains sulfureux* et les *lotions sulfureuses* ont une efficacité incontestable dans le *pityriasis versicolor*, et qu'on prescrit spécialement, pour le *pityriasis nigra*, les bains et les douches de vapeur.

ARTICLE IV.

ICHTHYOSE.

L'ichthyose est une maladie rare; en général, elle ne compromet pas la santé, et dans la presque totalité des cas, elle est au-dessus des ressources de l'art. Ces considérations m'engagent à passer rapidement sur une affection qui n'a qu'une importance secondaire pour le praticien.

La division la plus naturelle et la meilleure à établir dans l'étude de l'ichthyose est celle qu'ont suivie MM. Cazenave et Schedel; ils admettent une *ichthyose congénitale* et une *ichthyose accidentelle*.

I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'ichthyose est une maladie caractérisée par l'épaississement de l'épiderme, qui prend la forme de squames plus ou moins larges, dures, desséchées, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, ne reposant jamais sur un tissu enflammé, et comparées, par les auteurs, aux écailles des poissons.

L'ichthyose a été aussi décrite sous les noms de *lepra ichthyosis*, *ichthyose serpentine*, *nacrée*, *cornée* (Alibert), etc., etc.

§ II. — Causes.

L'ichthyose *congénitale* est presque toujours *héréditaire*, et, comme le fait remarquer M. Cazenave (1), d'une part, elle se transmet fréquemment pendant plusieurs générations successives; de l'autre, elle semble attaquer de préférence les individus mâles. Quelquefois produite chez des sujets qui ont une disposition héréditaire, l'ichthyose *accidentelle* paraît aussi se développer sous l'unique influence d'*agents irritants*; alors elle est partielle. On a cité des cas où elle s'est montrée après une *vive émotion morale*. Elle est *endémique* dans quelques climats. Les femmes en sont atteintes, d'après Biett, dans la proportion d'un vingtième par rapport aux hommes.

§ III. — Symptômes.

Ils diffèrent suivant le degré de la maladie. Quelquefois la peau est seulement

(1) *Dict. de méd.* ou *Répertoire génér. des sc. méd.*, en 30 vol. t. XIV, art. ICHTHYOSE.

parsemée de *petites parcelles épidermiques* brisées, grisâtres. Il n'y a réellement qu'une légère augmentation d'épaisseur et une sécheresse de la peau, accompagnées d'une *exfoliation* continuelle.

D'autres fois la *peau* n'a plus sa souplesse habituelle ; elle est épaissie, fendillée, recouverte de véritables *écailles* sèches, dures et résistantes. Les écailles, le plus ordinairement grisâtres, sont parfois d'un blanc nacré, souvent très luisantes et entourées de plusieurs *cercles noirâtres*. Elles résultent de ce que l'épiderme, *sillonné en tous sens*, s'est partagé en une foule de petites *squames* irrégulières, la plupart *imbriquées* au point adhérent. La grandeur de ces écailles varie : tantôt petites, elles sont environnées de *points farineux* qui correspondent aux sillons; tantôt larges, elles recouvrent dans une plus ou moins grande étendue les surfaces sillonnées.

Les écailles, si l'on en excepte les plus larges, peuvent être arrachées facilement et sans douleur. Il n'existe ni chaleur, ni douleur, ni démangeaison. Au-dessous d'elles, la peau n'est pas rouge, mais elle a une rudesse telle qu'au contact elle donne la sensation d'une peau de chagrin, et quelquefois même l'impression qu'on éprouve en passant la main sur le dos de certains poissons.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

A une époque rapprochée de la naissance, l'ichthyose congénitale est généralement peu prononcée ; cependant la peau a perdu sa finesse, son poli ordinaire ; elle est sèche, terne, grisâtre. Au bout de quelques semaines, la maladie se dessine d'une manière tranchée. Elle reste quelque temps bornée à l'épaississement et à l'exfoliation continuelle dont j'ai parlé plus haut; parfois elle persiste ainsi indéfiniment; d'autres fois elle acquiert un degré plus élevé.

L'ichthyose accidentelle a en général une *marche* plus rapide. On la voit aussi subir pendant sa durée des modifications sensibles qui parfois pourraient faire croire à une guérison définitive, si le plus souvent on ne voyait dans une autre saison l'affection reparaître comme auparavant. Ces changements s'observent très rarement dans l'ichthyose congénitale.

L'ichthyose congénitale dure le plus ordinairement toute la vie; l'ichthyose accidentelle disparaît quelquefois complétement; sa durée, d'ailleurs, est toujours longue, souvent de plusieurs années, quelquefois indéfinie.

L'ichthyose congénitale occupe toute ou presque toute l'enveloppe cutanée; l'ichthyose accidentelle est le plus souvent bornée à une région : aux membres particulièrement.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Les écailles sèches et dures de l'ichthyose, quand cette affection est générale surtout, n'ont pas d'analogue dans les autres éruptions. Qu'on se rappelle cette surface sèche, dure, cette peau épaisse, fendillée, cette marche lente d'une maladie le plus souvent congénitale, on évitera toute erreur.

Le *pityriasis*, avec la mollesse du derme et ses pellicules blanches, se distinguera facilement de l'ichthyose, dans laquelle la peau, épaisse et rugueuse, est recouverte d'écailles d'une teinte grisâtre.

Pronostic. L'ichthyose n'entraîne jamais la mort par elle-même; elle n'occa-

sionne aucun trouble notable des fonctions; seulement la peau est sèche et n'est plus le siége d'aucune transpiration habituelle, si ce n'est, dans certains cas, à la plante des pieds, qui, n'étant pas envahie par l'éruption, est habituellement humide de sueur.

§ VI. — Traitement.

Il est purement palliatif: on modifie passagèrement la rudesse de la peau à l'aide de *lotions mucilagineuses*, de *bains souvent répétés*, surtout de *bains de vapeur*. Ce sont les moyens qui ont le plus souvent réussi à Biett, qui n'a pas retiré de l'administration du *goudron* à l'intérieur les avantages signalés par Willan. On peut, dans certains cas d'ichthyose accidentelle, espérer la guérison : Biett l'a obtenue à l'aide de *vésicatoires* dont il avait recouvert successivement les deux bras qui étaient le siége de la maladie.

CHAPITRE VI.

AFFECTIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU.

Les affections tuberculeuses de la peau sont plus rares, surtout dans nos climats, que la plupart de celles dont j'ai parlé jusqu'à présent. Aussi ne m'étendrai-je pas, à beaucoup près, autant sur leur histoire.

M. Rayer définit ainsi les tubercules de la peau : « Les tubercules, dit-il, sont des élevures solides, développées dans l'épaisseur de la peau, dont le volume varie entre celui d'une lentille et d'une olive, et qui se terminent presque toujours par suppuration ou par une altération de texture des parties affectées. »

L'auteur que je viens de citer a placé parmi les tubercules le *lupus*, la *scrofule*, l'*éléphantiasis*, le *frambœsia*, le *cancer* et les *tubercules syphilitiques*. Je ne saurais accepter complétement cette classification. Le lupus a été décrit à part par MM. Biett et Cazenave, parce qu'il présente des caractères particuliers. Cependant, pour ne pas multiplier les divisions, je le placerai parmi les maladies tuberculeuses de la peau. Mais il n'est pas possible d'en faire autant pour la scrofule, que j'ai déjà décrite dans le chapitre consacré aux maladies du sang. Le cancer de la peau ne doit pas plus trouver place ici; c'est d'ailleurs une affection du domaine de la chirurgie. Quant aux tubercules syphilitiques, je me contenterai d'en dire quelques mots lorsque je traiterai des syphilides. Enfin l'éléphantiasis des Arabes est une affection qui a des caractères particuliers, et qu'on ne peut placer parmi les affections tuberculeuses proprement dites ; aussi M. Rayer l'a-t-il décrit parmi les intumescences.

Avant de passer outre, il importe de faire remarquer que cette expression de tubercules ne doit pas faire regarder les maladies dont il va être question comme de la même nature que la phthisie pulmonaire ; ce serait une grave erreur. On a donné ce nom aux tumeurs de la peau, parce qu'elles ont, comme les vrais tubercules, une ressemblance plus ou moins grande avec les tubercules de certaines plantes. Voilà tout ce que ces affections ont de commun, comme on a dû déjà le penser, en voyant que quelques auteurs ont rangé parmi ces affections tuberculeuses la scrofule, et surtout le cancer.

ARTICLE Ier.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

Les Grecs avaient donné le nom d'*éléphantiasis* à une maladie tuberculeuse de la peau dont ils voulurent peindre le caractère en comparant l'aspect qu'elle donne à celui de la peau de l'éléphant. Arétée en a tracé un tableau remarquable. Plus tard, une grande incertitude a régné dans la science sur ce qu'il fallait entendre par l'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre du moyen âge. Dans une savante discussion (1), Dezeimeris a éclairé ce point obscur, et, dans ces derniers temps, MM. les docteurs Danielssen et Wilhelm Boeck (2) nous ont donné un traité complet de cette maladie qu'ils désignent sous le nom de *spédalskhed* qu'elle porte en Norwége. Du reste, l'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare dans nos climats, et qui n'a pour le praticien qu'un intérêt secondaire; aussi je n'en parlerai qu'avec le moins de détails possible, comme il convient dans un ouvrage de la nature de celui-ci.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie de la peau caractérisée par des taches rougeâtres, auxquelles succèdent des tubercules livides d'abord, et acquérant plus tard une coloration bronzée. Ces petites tumeurs, le plus souvent indolentes, sont quelquefois extrêmement sensibles; elles peuvent se terminer par ulcération ou par résolution, et elles s'accompagnent d'un boursouflement du tissu cellulaire sous-cutané qui donne un aspect hideux aux parties qui en sont le siége.

Suivant MM. Danielssen et Boeck, il y a une forme particulière de la maladie dans laquelle les tubercules peuvent manquer. C'est la *forme* qu'ils nomment *anesthésique*, et dans laquelle il y a des paralysies, des distorsions de la face, la courbure des doigts, etc. Bien que dans quelques cas on voie, ainsi que l'ont prouvé les auteurs que je viens de citer, les tubercules de l'éléphantiasis s'allier avec un état morbide semblable, ce qui constitue la forme mixte des deux auteurs norwégiens, il y a de telles différences entre la forme tuberculeuse et la forme anesthésique, qu'on doute que ce soit la même maladie.

On trouvera dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, les dénominations nombreuses sous lesquelles la maladie a été désignée dans les divers pays depuis les temps les plus reculés. J'ai dit plus haut que ces médecins la décrivent sous le nom de *spédalskhed* qu'elle porte en Norwége. J'ai été étonné qu'ils n'aient pas fait mention du *scherlievo*, affection qui règne endémiquement sur les bords du Danube, et qui me paraît avoir de grandes analogies avec quelques cas cités par eux. On pourra en juger par la description qu'en a donnée M. le docteur de Moulon (3), médecin à Trieste.

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS. — *Bibl. méd*, t. XI, 1835.

(2) *Traité de la spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs*, traduit du norwégien par L.-A. Cosson (de Nogaret). Paris, 1848, in-8 et atlas in-folio de 24 pl. col.

(3) Voy. *Presse médicale*, mai 1837 : *Du scherlievo*. Art. communiqué par M. Natalis Guillot.

Cette maladie a encore reçu différents noms : ainsi ceux de *léontiasis*, *lèpre léontine*, parce que les rides et les plis du front de ceux qui en sont atteints donnent à leur face une certaine ressemblance avec celle du lion. On la connaît encore sous le nom de *lèpre du moyen âge ;* c'est la *lèpre tuberculeuse* d'Alibert, etc.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare en France ; on l'observe dans les pays méridionaux, et aux Antilles, où il paraît être assez commun, et, suivant les recherches de MM. Danielssen et Boeck, il n'est pas moins fréquent dans la Norwége, en Islande, en Hongrie, en sorte qu'il se montre dans les climats les plus opposés.

§ II. — **Causes.**

Les causes de l'éléphantiasis sont fort obscures. Nous ne connaissons guère que l'influence des *climats* tropicaux, équatoriaux et polaires. Cette influence est telle que les Européens qui en sont atteints l'ont presque tous contracté dans ces régions.

La *jeunesse*, le *tempérament bilieux*, paraissent des conditions favorables à son développement. Les *hommes* en sont bien plus souvent affectés que les femmes. Les travaux pénibles, les excès, l'habitation des lieux humides, les chagrins, etc., sont des causes qui peuvent avoir quelque influence, mais nous n'en connaissons pas le degré.

La *contagion*, admise par quelques anciens, est rejetée par la plupart des médecins, tels que Robinson, Ainsley, Adams, Biett, Danielssen et Boeck. La question de l'*hérédité* ne saurait encore être résolue aujourd'hui. On ne croit plus à la nature syphilitique de l'éléphantiasis des Grecs.

§ III. — **Symptômes.**

Dans le plus grand nombre des cas, l'éléphantiasis n'est précédé d'aucun *symptôme précurseur ;* ceux qu'a décrits S. Robinson (1), tels que la langueur, un découragement prononcé, etc., et auxquels cet auteur attache une certaine importance, constituent sans doute des exceptions. Très souvent les individus jouissant encore d'une parfaite santé s'aperçoivent comme par hasard qu'ils ont à la peau des points jaunâtres et plus ou moins insensibles. Biett et M. Cazenave ont vu plusieurs cas de ce genre.

A la surface cutanée apparaissent une ou plusieurs *taches* d'une teinte fauve, d'un aspect d'abord poli et luisant, plus tard terne et bronzé. Chez les nègres, elles sont fauves ou rougeâtres. Au début, elles s'accompagnent d'un *léger gonflement* comme œdémateux ; ce caractère est surtout sensible au visage.

Un des caractères les plus importants de ces taches, c'est leur *insensibilité.* Cette insensibilité, qui existe dans le plus grand nombre des cas, est, au début, un signe précieux pour le diagnostic. Dans quelques cas assez rares, la peau a acquis, au contraire, une *sensibilité insolite ;* le moindre attouchement, même dans les points privés de taches, provoque alors une sensation douloureuse.

Les taches, dont le nombre est très variable, et dont l'éruption lente et progres-

(1) *On the elephantiasis as it appears in Hindostan* (*Medico-chirurgical Transactions*, London, t. X, p. 27).



sive n'est peut-être jamais accompagnée de mouvement fébrile, peuvent constituer toute la maladie pendant des mois, des années entières.

Après une plus ou moins grande durée de cet état stationnaire, on voit succéder aux taches des *tubercules* ou de petites *tumeurs* molles, rougeâtres ou livides, dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix et plus. Les tubercules qui se développent sur tous les points où existent des taches peuvent n'en envahir qu'une partie ; quelquefois même ils paraissent se développer sans avoir été précédés de la tache. Leur forme est assez irrégulière ; ils sont mous et donnent un aspect particulier aux parties qu'ils occupent. C'est ainsi qu'au visage, dont ils envahissent parfois la totalité, ils produisent cette horrible déformation des traits dont Arétée nous a laissé une peinture énergique (1). Aux membres, quand ils ont fait quelques progrès, ils présentent des tumeurs énormes, aplaties, occupant la face externe.

A un degré plus avancé, les *tubercules s'enflamment ;* ils deviennent le siége d'*ulcérations* blafardes et de mauvaise nature. Un *liquide sanieux* se concrète à leur surface et forme des *croûtes épaisses.* Il est rare qu'à la chute de ces croûtes on trouve des *cicatrices* solides. La maladie poursuit sa marche destructive ; elle envahit les tissus sous-jacents ; *les os se ramollissent*, *se déforment*, *se contournent ; des portions de membres se détachent* et tombent ; et l'on a vu des malades survivre à de pareilles mutilations.

A une certaine période on voit successivement *le tact s'émousser* ou se pervertir, *la voix s'éteindre*, *la vue et l'odorat s'affaiblir* singulièrement. Les *organes de la génération* participent à cette torpeur morbide. Dans certains cas, au contraire, suivant quelques auteurs, il y a une très grande tendance au coït, une espèce de *satyriasis ;* mais ces cas sont exceptionnels, et, lorsque la maladie est avancée, l'abolition des facultés viriles est un symptôme constant.

D'un autre côté, les *muqueuses* sont le siége d'irritations diverses, surtout les muqueuses gastro-intestinales. Les *tubercules* dans le pharynx et le larynx, les ulcérations de la pituitaire, sont des phénomènes presque constants. Il est, ainsi que je l'ai dit plus haut, une autre forme admise par MM. Danielssen et Boeck, c'est la *forme anesthésique.* Mais, comme les caractères de cette forme ne suffisent pas pour démontrer qu'il s'agisse absolument de la même affection, je me borne à la mentionner.

§ IV. Siége.

L'éléphantiasis peut occuper tous les points du corps ; rare sur le tronc, il se montre surtout au visage, où il envahit particulièrement le nez et les oreilles ; puis viennent les membres, qu'il déforme ou qu'il détruit. Quand il est borné à un seul point, c'est ordinairement à la face qu'il a son siége.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'éléphantiasis des Grecs a en général une *marche* lente. Quelquefois ne donnant lieu qu'à des taches ou à quelques tubercules, il disparaît au bout de peu de temps, surtout quand il se développe pour la première fois, mais c'est ordinairement pour reparaître de nouveau et plus grave.

(1) *De morb. acut.*, lib. II, cap. 13.

La maladie peut se prolonger des mois, des années, indéfiniment, à l'état de taches ou de tubercules. Souvent, malgré ses progrès, qui en font une maladie affreuse et repoussante, elle peut avoir une *durée* bien peu en rapport avec sa gravité.

La guérison est une *terminaison* rare de l'éléphantiasis ; elle ne survient guère que dans les cas où la maladie est peu étendue, et lorsque les sujets sont forts et vigoureux. Le plus souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, les malades finissent par succomber.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Elles varient selon l'ancienneté et l'intensité de la maladie. La peau est parsemée de tubercules ; les uns semblent s'être développés dans le derme lui-même, les autres être le résultat de l'inflammation de quelques points du tissu sous-jacent, où l'on trouve encore une induration tuberculeuse, blanchâtre, résistant sous le scalpel. La peau qui les recouvre est amincie, comme rétractée.

Quelquefois la coloration anormale a en partie disparu, les tubercules sont effacés, l'hypertrophie est presque détruite.

« Après plusieurs jours de macération, dit M. Cazenave (1), la peau d'un éléphantiasique présente : 1° l'épiderme épaissi ; 2° au-dessous, une couche éminemment vasculaire, comme érectile ; 3° une troisième couche dure, épaisse, solide, *bronzée*, offrant plusieurs vacuoles occupées par des grumeaux d'un blanc jaunâtre ou incolore, et au-dessous d'elle un tissu cellulaire graisseux, épaissi. »

Dans les organes, on trouve diverses altérations qui ne paraissent pas appartenir à l'éléphantiasis ; ce sont des complications plus ou moins graves qui, le plus souvent, ont entraîné la mort : telles sont les ulcérations intestinales, les tubercules pulmonaires, etc. On trouvera, à propos des lésions anatomiques, des détails très intéressants dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, qui ont donné aussi des planches très exactes (2).

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. L'éléphantiasis des Grecs, avec ses caractères si spéciaux, sa marche, son siége, ne sera jamais confondu avec aucune autre affection. L'*éléphantiasis des Arabes*, qui est un gonflement plus ou moins informe d'une partie du corps, constitue une maladie à laquelle la peau semble étrangère au début, au moins dans la plupart des cas. Il suffira de se rappeler les disques *squameux*, à bords élevés, à centre sain, de la lèpre vulgaire, pour éviter toute confusion avec la maladie *tuberculeuse* à laquelle les Grecs ont donné le nom d'*éléphantiasis.*

Pronostic. Il est toujours grave ; la maladie a une marche envahissante, quoique lente, et tend le plus souvent vers une terminaison fatale. Ce n'est guère qu'en la combattant au début qu'on peut, comme l'ont observé Biett et M. Caze-

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS.

(2) Danielssen et W. Boeck, *Traité de la spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs.* Paris, 1848, un vol. in-8., et atlas in-folio de 24 planches.

nave, espérer d'en arrêter les progrès, et surtout lorsqu'elle a un siége borné, le visage, par exemple.

§ VIII. — Traitement.

L'impuissance de la thérapeutique contre l'éléphantiasis des Grecs est un fait trop avéré, dans la majorité des cas, pour que nous voyions quelque avantage à mettre sous les yeux du praticien la foule de médicaments employés pour le combattre. Il les trouvera dans les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des maladies des pays chauds et froids, tels que Robinson, Adams, Ainsley, Heinken, Danielssen et Boeck, etc. Du reste, la plupart des moyens sont infructueux, soit à cause de l'état trop avancé du mal, soit parce qu'à une certaine période la muqueuse digestive, malade elle-même, empêche l'administration de substances un peu actives. Je me contenterai de quelques indications générales.

Si l'on assistait au début du mal, on pourrait, selon beaucoup d'auteurs, exciter les parties malades avec des *liniments irritants*, des *lotions excitantes;* l'application de *vésicatoires* sur les points malades, recommandée par S. Robinson, a rappelé entre les mains de Biett la sensibilité sur des surfaces où elle paraissait éteinte.

Les *frictions résolutives*, avec l'*hydriodate de potasse* (4 gramm. pour 30 gramm. d'axonge), jointes aux *douches de vapeur*, pendant lesquelles on a soin de malaxer les tubercules, ont été préconisées pour la résolution des tumeurs.

La *cautérisation avec le fer rouge* a été employée avantageusement par Biett dans plusieurs cas graves; Larrey l'a également pratiquée avec succès.

Les *sudorifiques*, les *cantharides*, et surtout les *préparations arsenicales*, ont été beaucoup vantés. Biett et M. Cazenave sont parvenus, à l'aide de ces derniers moyens, et notamment des *pilules asiatiques*, à arrêter plus d'une fois les progrès du mal. MM. Danielssen et Boeck ont obtenu quelques bons résultats de l'*iode*, surtout dans la *forme* qu'ils nomment *anesthésique*.

Selon la plupart des auteurs, les *préparations mercurielles* à l'intérieur ou à l'extérieur n'ont pas les avantages que quelques uns leur ont accordés. M. Cazenave n'en a jamais vu d'heureux résultats.

Le traitement des complications et l'observation rigoureuse de tous les préceptes de l'hygiène complètent ce que nous avions à dire sur la thérapeutique d'une maladie pour laquelle l'art a, jusqu'à présent, épuisé sans succès la plupart de ses efforts. J'ajouterai seulement que quelques faits, bien peu nombreux encore, semblent prouver l'efficacité de l'*hydrothérapie* dans cette grave affection.

ARTICLE II.

LUPUS.

Dans le plus grand nombre des cas, le *lupus* présente les gonflements circonscrits de la peau auxquels on a donné le nom de *tubercules;* mais il est aussi des cas où il n'en est pas ainsi. C'est ce que M. Cazenave (1) a parfaitement établi.

(1) *Dict. de méd.*, art. Lupus.

Ce n'est donc que pour ne pas trop multiplier des divisions, que j'ai eu principalement égard à la forme tuberculeuse, qui est la plus fréquente, et que j'ai rapproché cette affection des précédentes.

Le lupus compte parmi les maladies le plus anciennement connues. On la trouve indiquée dans Hippocrate et décrite dans Celse ; mais ce n'est que depuis les travaux des modernes qu'elle est bien connue. Je ne m'étendrai pas longuement sur sa description, me réservant seulement d'entrer dans quelques détails sur son traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition donnée par M. Cazenave étant la plus exacte, je dois la consigner ici : « Le lupus, dit-il, est une maladie chronique de la peau qui se manifeste, quelquefois au début, par des taches d'un rouge violacé, mais le plus ordinairement par des tubercules livides, indolents, plus ou moins volumineux. Il a pour caractère principal une tendance à détruire les parties environnantes ou les tissus sous-jacents, soit en labourant la peau sous la forme d'ulcères ichoreux de mauvaise nature, se recouvrant sans cesse de croûtes brunâtres, très adhérentes, qui laissent voir à leur chute des destructions nouvelles, soit en altérant profondément le derme, et en produisant des cicatrices indélébiles, sans qu'il y ait eu préalablement la moindre plaie, la moindre ulcération. »

Le lupus est l'affection désignée par Hippocrate sous le nom d'*herpès esthiomène*, et par Celse sous celui de *theriomate*. Il a encore été décrit sous les dénominations de *papula fera*, *herpes exedens*, *dartre rongeante*. C'est une maladie heureusement peu fréquente.

§ II. — Siége de la maladie.

Tous les médecins savent que le lupus affecte particulièrement la face, et que, dans cette région, il se montre surtout au nez. Ordinairement il reste borné à cette partie du corps, mais parfois il en envahit d'autres, et surtout le cou, les épaules et la poitrine. Il est plus rare aux membres. Quelquefois il affecte successivement plusieurs régions.

§ III. — Causes.

On ne sait rien de positif sur les *causes occasionnelles*. Quant aux *causes prédisposantes*, voici, suivant les auteurs, les influences qu'on a le plus souvent notées. L'enfance, et plus souvent encore l'*âge* compris entre seize et vingt-cinq ans, en sont le plus fréquemment affectés. Les *enfants scrofuleux* y sont plus sujets que les autres, et, selon la remarque de M. Cazenave, c'est le *lupus avec hypertrophie* qu'on observe principalement chez eux. Quelquefois des sujets qui en ont été atteints dans leur enfance en sont repris dans l'âge adulte. Il est bien rare qu'il se montre après l'âge de quarante ans. Le *sexe* ne paraît avoir aucune influence sur lui. Il est plus fréquent dans les *campagnes* que dans les villes ; on n'a pu déterminer pourquoi.

Enfin on a accusé les *aliments âcres*, les viandes altérées, les vieux fromages, etc., de produire la maladie, et l'on a cité à ce sujet sa fréquence dans certaines contrées où l'on use habituellement d'une semblable nourriture. Mais ce sont là des appré

ciations très vagues; car, dans ces pays, il y a beaucoup d'autres causes dont il aurait fallu apprécier l'influence. Le lupus *n'est pas contagieux*.

§ IV. — Symptômes.

Pour décrire le lupus, on a eu recours à des divisions diverses. M. Rayer reconnaît un *lupus exedens* et un *lupus non exedens*. Cette division doit être acceptée, mais, en outre, il convient de distinguer avec Biett, imité en cela par M. Cazenave (1), deux espèces de *lupus exedens :* l'un qui détruit en surface, et l'autre qui détruit en profondeur. Une étude attentive de la maladie a prouvé que cette distinction n'est pas sans importance. Mais avant d'entrer dans ces détails il est nécessaire de dire quelques mots du lupus en général.

1° *Lupus en général*. La maladie *débute* ordinairement par l'apparition d'un *point rouge obscur*, faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, dur et peu étendu en surface. C'est là ce qu'on a désigné sous le nom de *tubercules*.

Les *tubercules* ont un volume variable. Ordinairement ils sont peu développés au début, et restent tels pendant assez longtemps. Dans quelques cas, au contraire, leur volume est considérable dès le début. Dans presque tous, il augmente notablement au bout d'un certain temps.

Ainsi que je viens de le dire, les tubercules du lupus s'élèvent notablement au-dessus de la surface de la peau; mais si l'on recherche à quel degré de profondeur ils pénètrent dans cette membrane, on voit que, dans les premiers temps du moins, ils n'en occupent que les couches superficielles. Ils sont plus ou moins nombreux et plus ou moins rapprochés, de telle sorte que, dans les premiers temps, il n'y en a souvent qu'un très petit nombre, tandis que, dans certains cas, ils se multiplient et envahissent une assez grande surface. Dans tous les cas, leur nombre augmente avec le temps, sans que toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit, la maladie ait ordinairement une tendance marquée à s'étendre beaucoup en surface.

Tels sont les caractères communs aux diverses espèces de lupus. Il y a néanmoins quelques exceptions fort bien indiquées par M. Cazenave, et dans lesquelles on ne trouve pas de véritables tubercules, mais seulement une *tuméfaction légère et diffuse* d'un ou de plusieurs points de la peau, et ce sont ces cas qui ont autorisé quelques auteurs à rejeter le lupus des affections tuberculeuses.

Lorsque ces symptômes ont duré un temps plus ou moins long, il survient des phénomènes particuliers qui établissent dans le lupus les espèces précédemment indiquées, et dont je vais donner la description.

2° *Lupus qui détruit en surface*. Il est une variété de cette espèce qui a été si bien décrite par M. Cazenave, que je ne peux mieux faire que de lui emprunter le passage suivant : « Dans quelques cas bien rares, dit-il, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On l'observe surtout alors à la face et aux joues en particulier. Il ne se développe pas de tubercules, il ne se forme pas de croûtes, mais la peau prend une teinte rouge; des exfoliations épidermiques occupent la surface malade; la peau s'amincit graduellement; elle est lisse, luisante, rouge; elle offre bientôt l'apparence d'une cicatrice qui se serait

(1) *Loc. cit.*

formée après une brûlure superficielle ; la rougeur disparaît sous la pression du doigt ; le malade n'éprouve aucune douleur, mais le toucher en développe. La surface affectée devient sensible après un violent exercice et des excès de boisson. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès, la rougeur disparaît ; il ne se forme plus de légères exfoliations épidermiques, mais la peau reste mince et luisante : elle est lisse au toucher, et elle paraît avoir perdu de son épaisseur. »

Il est bien plus ordinaire de voir se former d'abord les tubercules indiqués plus haut. Ceux-ci peuvent rester assez longtemps stationnaires ; mais presque tout à coup, et bien souvent sans qu'on puisse en trouver la raison, leur nombre augmente, ils sont entourés d'un *gonflement comme œdémateux de la peau*, et finissent par présenter une *ulcération irrégulière*.

L'*ulcération* envahit les parties voisines, et, à la place où elle existait d'abord, se forme une *cicatrice* irrégulière, blanche, tendue, bridée. Lorsqu'elle est considérable, elle est environnée d'un cercle, d'un bourrelet tuberculeux, qui bientôt s'ulcère à son tour, et c'est par cette marche excentrique que le lupus s'étend en surface.

Il n'est pas rare de voir l'ulcération rétrocéder pour ainsi dire. Ainsi de nouveaux tubercules, se formant aux limites de la cicatrice, s'ulcèrent à leur tour, et leur ulcération envahit les cicatrices déjà formées.

Les ulcérations sont recouvertes d'une *croûte* noirâtre, fort adhérente, et qui, si l'on parvenait à la détacher avant que le traitement eût modifié la maladie, ne tarderait pas à se reproduire.

Cette variété de lupus ayant ordinairement son siége à la face et au nez, comme les suivantes, peut occuper tous les autres points du corps, et envahir de larges surfaces. Il faut être prévenu de cette circonstance, parce que cette affection, si facile à reconnaître à la face, est souvent méconnue ailleurs, sa présence étant pour ainsi dire insolite dans les autres parties du corps. M. Cazenave a eu maintes fois occasion de s'en assurer.

Par suite du *siége particulier* de la maladie dans certains points, il survient des accidents qu'il est facile de prévoir. Si les tubercules occupent le pourtour des lèvres, par exemple, la bouche est très difficilement ouverte ; et lorsque les ailes du nez sont atteintes, ce qui est très fréquent, elles sont détruites par l'ulcération. Ces exemples suffisent.

Quand les progrès de la maladie sont arrêtés, et lorsque les lésions sont en très grande partie réparées, il reste des *stigmates indélébiles*. Ils ont été très bien décrits par M. Cazenave, à qui je dois encore emprunter le passage suivant : « Lorsque, dit-il, les croûtes sont enlevées, et qu'un traitement convenable est mis en usage, il ne s'en reforme pas de nouvelles. Quelquefois la surface est rugueuse et parsemée de petits tubercules rouges, blafards ; d'autres fois elle présente un meilleur aspect : elle se recouvre de petites desquamations minces, comme épidermiques, et l'on ne tarde pas à y voir une cicatrice blanche, solide dans plusieurs points.

» A cet état d'amélioration, quand les ravages du lupus ont été fort étendus, la figure présente un aspect tout à fait remarquable : elle offre une foule de cicatrices irrégulières, souvent très étendues, d'un blanc quelquefois rosé, tendues, luisantes, assez épaisses dans quelques points, mais dans d'autres tellement minces, qu'elles

paraissent comme transparentes, et qu'on dirait qu'elles sont sur le point de se rompre. On retrouve ces derniers caractères sur les parties qui ont été envahies plusieurs fois, et dont les cicatrices ont été détruites par des ulcérations successives. Presque toujours ces cicatrices viennent se rendre, à des distances plus ou moins éloignées, à la base de quelques tubercules, entre lesquels elles semblent comme bridées. D'autres fois on observe, sur divers points de leur circonférence, des croûtes noirâtres et qui souvent tardent beaucoup à se détacher. »

3° *Lupus qui détruit en profondeur.* Aux particularités qui ont été indiquées dans la description précédente je n'ai qu'à ajouter les suivantes :

Dans cette variété, c'est le nez qui est principalement et souvent uniquement affecté. La maladie commence par un *gonflement* de la partie intéressée. Sur ce gonflement se forme une ulcération, puis une croûte. Celle-ci tombe ou est arrachée. L'ulcération augmente en profondeur et aussi en largeur. Il en résulte, après plusieurs atteintes, une destruction de l'organe, variable en étendue, et trop souvent non seulement les parties molles, mais encore les cartilages sont détruits. Souvent aussi un écoulement fétide a lieu par le nez, qui est douloureux, gonflé, enflammé. Il n'est pas rare de voir la destruction s'étendre au delà du nez, et alors une partie de la face, la voûte palatine, et même les gencives, participent à cette destruction (1).

Cette variété de la maladie marche parfois avec rapidité et d'une manière continue, en sorte qu'en peu de temps les parties sont profondément altérées et détruites. Plus souvent la maladie a des temps d'arrêt : il se forme des cicatrices, mais elles ne sont que temporaires ; de nouveaux tubercules et de nouvelles ulcérations se produisent sur elles, et la destruction continue à faire des progrès.

Les deux variétés précédentes constituent le *lupus exedens.*

4° *Lupus avec hypertrophie* (*lupus non exedens*). J'emprunte la description de cette variété à M. Cazenave : « Cette variété, dit-il, présente des phénomènes tout à fait remarquables : elle débute ordinairement à la face, qui en est le siége presque exclusif, par des tubercules peu saillants, mous, indolents, ordinairement assez nombreux ; ceux-ci occupent des surfaces assez étendues, une grande partie de la joue, par exemple, et quelquefois toute la figure ; ils ne s'ulcèrent point à leur sommet. Peu à peu la base de ces tubercules s'élargit, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent deviennent le siége d'un engorgement indolent, et les surfaces malades, tuméfiées, présentent une sorte de bouffissure tout à fait remarquable : au bout d'un certain temps, la figure est parsemée de points rougeâtres qui ne sont autres que les tubercules qui, par suite de la tuméfaction des parties sous-jacentes, se trouvent au niveau de la peau ; on remarque çà et là, au milieu d'eux, des points blancs, véritables cicatrices qui ont remplacé des tubercules anciens. »

Cette variété est celle qui envahit l'espace le plus étendu. Elle occupe ordinairement toute la face, produit un gonflement des lèvres, une tuméfaction comme œdémateuse des autres parties, l'ectropion, l'épiphora, l'oblitération des narines, et parfois même envahit les oreilles. Il en résulte un aspect hideux et dégoûtant de la face. Il est, du reste, facile de se faire une idée de toutes les altérations que peut produire cette grave maladie.

(1) Voy. Arnal, *Journ. méd.*, 2ᵉ série, t. VIII.

Telles sont les diverses variétés du lupus. Pour compléter la description de cette affection, il suffit d'ajouter que ces différentes variétés ne s'excluent pas chez un même sujet, qu'il n'est pas très rare de les voir réunies, et qu'un *érysipèle* environnant est une complication assez fréquente de la maladie.

Esthiomène de la région vulvo-anale. M. Huguier (1), dans un mémoire plein d'intérêt, a donné l'histoire du lupus qui a pour siége la région vulvo-anale, à laquelle il a reconnu la plus grande analogie avec la face. Il distingue trois espèces d'esthiomène : la première est l'*esthiomène superficiel, ambulant ou serpigineux;* la deuxième est l'*esthiomène perforant*, et la troisième est l'*esthiomène hypertrophique.* On voit que ces espèces correspondent à celles que nous avons trouvées à la face, et il est facile de s'assurer, par la description que donne M. Huguier, qu'elles ont les mêmes caractères dans les deux régions. Quant aux désordres qu'elles peuvent produire, ils sont considérables, comme on peut en juger par les observations rapportées dans le mémoire dont il s'agit.

Deux des espèces que je viens d'indiquer présentent chacune plusieurs variétés qui sont les suivantes : à l'esthiomène superficiel appartiennent l'*esthiomène érythémateux*, l'*esthiomène tuberculeux.* A l'esthiomène hypertrophique se rapportent l'*esthiomène végétant*, l'*esthiomène œdémateux* ou *éléphantiasique.*

Le diagnostic de cette affection a été donné avec un très grand soin par M. Huguier ; mais je ne peux entrer dans ces détails.

§ V. — Marche, durée, terminaison.

Dans la description des variétés, j'ai indiqué la *marche* de l'affection : une succession de tubercules, d'ulcérations et de cicatrices, voilà en général ce qu'on observe. Quant à la *durée*, elle est généralement très longue ; il faut ordinairement des années pour que la maladie se borne, et l'on voit des sujets chez lesquels elle persiste toujours. On n'a pas à craindre la *terminaison* par la mort.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

J'exposerai en très peu de mots le diagnostic, parce que les signes distinctifs de cette affection sont très tranchés. Elle ne saurait être confondue avec une *tumeur cancéreuse* qui se manifeste presque toujours chez des sujets âgés, qui est dure, douloureuse, qui, lorsqu'elle s'ulcère, donne lieu à un suintement ténu, âcre, sanieux, et dont l'ulcération est profonde et grisâtre.

Les *tubercules syphilitiques* sont plus volumineux, arrondis, cuivrés, ne fournissant pas d'exfoliation, et lorsqu'ils s'ulcèrent, ce qui est plus rare que dans le lupus, ils présentent une ulcération arrondie, grisâtre, et à bords taillés à pic. Quant à la distinction qu'on a établie entre cette affection, et l'*acne rosacea*, ainsi que l'*éléphantiasis des Grecs*, elle n'a pas une très grande importance, et il suffit de rapprocher les descriptions de ces maladies pour en saisir immédiatement les grandes différences.

Pronostic. Le lupus est une maladie ordinairement très rebelle ; elle produit des destructions souvent très considérables ; c'est donc une affection qu'on doit consi-

(1) *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, Paris, 1849, t. XIV, p. 501).



dérer comme grave. Cependant elle ne menace pas l'existence. Une hypertrophie très considérable est un signe fâcheux. La mollesse, la coloration bleuâtre des cicatrices, la persistance de quelques tubercules dans leur voisinage, doivent faire craindre le retour du lupus. Plus la maladie est ancienne, plus elle est rebelle.

§ VII. — Traitement.

M. Cazenave a dit : « Le véritable traitement du lupus est évidemment local. » Cette proposition est vraie en général; je ne dois par conséquent pas entrer dans de grands développements sur le traitement interne ; une simple indication suffira.

1° *Traitement interne.* Si les sujets présentent des traces de scrofules, on doit leur administrer les médicaments propres à combattre cet état ; je les ai fait connaître dans une autre partie de cet ouvrage, j'y renvoie le lecteur (1).

Les malades doivent suivre tous les préceptes d'une bonne hygiène, et, pendant le traitement, se tenir à l'abri des influences atmosphériques.

On fait prendre des *boissons amères* et quelques *toniques*, mais rien ne prouve qu'on ait tiré de grands avantages de ces moyens.

On a eu recours, et principalement dans le *lupus non exedens*, à l'administration de l'*huile animale de Dippel* (5 ou 6 gouttes d'abord, portées progressivement jusqu'à 20 et 25 gouttes), à la *tisane de Feltz*, à la *solution de Pearson*, à *celle de Fowler*, aux *pilules asiatiques*, etc., sans en obtenir de grands avantages.

Un seul traitement interne mérite une mention particulière, c'est celui qui consiste dans l'administration de l'*huile de foie de morue à haute dose.* M. Emery a cité des faits nombreux dans lesquels ce moyen avait procuré soit une guérison complète, soit une très grande amélioration. Ce médecin donne l'huile de foie de morue à la dose de trois à cinq cuillerées à bouche d'abord, puis il va en augmentant, de telle sorte qu'il arrive à 4 ou 500 grammes et plus. La difficulté de faire prendre d'aussi énormes doses est le seul inconvénient de cette médication. M. Teirlinck (2) a obtenu également une guérison chez un malade en donnant l'huile à la dose énorme d'une à deux livres par jour. La maladie se compliquait d'un état scrofuleux.

Le *deuto-iodure de mercure*, administré tous les jours à la dose de 20 à 25 milligrammes, et élevé successivement jusqu'à celle de *un centigramme*, est, de tous les remèdes donnés à l'intérieur, celui qui a eu les résultats les plus avantageux entre les mains de M. Rayer. Au bout d'un ou deux mois, il faut laisser reposer pendant quelque temps les malades, et reprendre ensuite la première dose. Mais je ne pousse pas plus loin cette énumération, parce que, je le répète, ce ne sont pas là, à beaucoup près, les remèdes les plus importants.

2° *Traitement local.* Le traitement local consiste presque exclusivement dans l'emploi des *caustiques.* Une règle générale qu'il faut d'abord établir, c'est que les caustiques ne doivent être appliqués que sur des points limités ; on attaque ainsi successivement, par portions, toute l'étendue du mal.

Les *caustiques liquides*, tels que l'*acide sulfurique*, le *nitrate acide de mercure*, sont appliqués à l'aide d'un petit pinceau.

(1) Voy. art. *Scrofules.*
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 février 1852.

M. Cazenave (1) conseille également comme topique l'*huile animale de Dippel*, lorsque le lupus attaque les muqueuses extérieures, lorsque les ulcérations ont pénétré dans la bouche, les fosses nasales ; les caustiques plus énergiques sont alors contre-indiqués.

Cautérisation avec le chlorure d'or. M. le docteur Malichecq (2) nous a fait connaître un traitement particulier employé avec beaucoup de succès par M. Potton à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, et dans lequel la cautérisation à l'aide du *chlorure d'or en solution* entre comme moyen principal. Le traitement est dirigé de la manière suivante :

« 1° Une tisane amère ou dépurative ; 2° l'huile de foie de morue à l'intérieur, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour ; 3° la cautérisation avec le chlorure d'or en solution, répétée à peu près tous les huit jours.

» Voici la composition de cette préparation aurifère.

Or laminé............	ââ 1 partie.	Acide chlorhydrique......	3 parties.
Acide nitrique.........			

» On obtient un liquide d'une couleur jaune bien prononcée. Pour bien conserver cette préparation, il faut qu'elle soit renfermée dans un petit flacon bouché à l'émeri, à l'abri du contact de l'air.

» Voici les règles à observer dans l'emploi de ce caustique, et les phénomènes qui suivent son application.

» On se sert d'un très petit pinceau, ou d'un peu de charpie portée à l'extrémité d'une pince ; on l'imbibe dans la dissolution aurifère.

» On cautérise toute la surface malade en la badigeonnant ; cependant lorsque le mal est trop étendu, il vaut mieux n'en toucher qu'une portion seulement ; aucun pansement n'est nécessaire, on laisse la partie exposée à l'air libre.

» Il faut que les croûtes ne soient enlevées ni par le malade ni par le médecin, qu'elles tombent spontanément à la suite d'un travail local modificateur et essentiel à la guérison de la maladie.

» On revient à la cautérisation après la chute complète des croûtes, et seulement alors. On l'opère toujours de la même façon, on passe légèrement sur les parties peu affectées, on cautérise un peu plus fort les tissus où le mal est plus profond.

» Immédiatement après qu'on a touché les parties affectées, surtout si elles offrent quelques points ulcérés, les malades éprouvent une douleur instantanée, cuisante, quelquefois assez vive pour amener un larmoiement considérable des deux yeux, principalement chez les enfants. Cette douleur se dissipe graduellement et ne dure qu'une ou quelques heures, suivant l'étendue et la profondeur de la cautérisation.

» Les règles générales que nous venons de tracer en peu de mots doivent être rigoureusement observées dans l'emploi de ce puissant caustique. »

La *poudre arsenicale du frère Côme* est principalement mise en usage dans le lupus rongeant. On l'applique ainsi qu'il suit :

On en délaie une petite quantité sur un morceau de faïence, et, à l'aide d'une

(1) *Ann. des maladies de la peau*, janvier 1852.

(2) *Efficacité du chlorure d'or employé comme caustique dans le traitement du lupus* (*Bull. gén. de thér.*, t. XXXIV, mai 1850).



spatule, on étend cette pâte liquide sur une surface qui ne doit pas dépasser huit à dix lignes de diamètre. Quand ce point est cicatrisé, on attaque le suivant. Ce moyen ne doit être employé qu'avec une grande prudence.

On emploie aussi de la manière suivante (1) la *poudre de Dupuytren*, ainsi composée :

℞ Protochlorure de mercure. 99 parties. | Acide arsénieux......... 1 partie.

Mêlez.

La surface du lupus est-elle ulcérée, humide et nettoyée, on la saupoudre avec une petite houppe chargée de la poudre ci-dessus indiquée, de façon à la couvrir d'une couche épaisse d'un millimètre au plus. Cette surface est-elle couverte d'une croûte, il faut la faire tomber au moyen de cataplasmes ; puis on saupoudre l'ulcère comme il vient d'être dit. Enfin l'ulcération est-elle actuellement couverte d'une cicatrice imparfaite, il faut la détruire ; vingt-quatre heures après, on saupoudre la surface de l'ulcération, qui a cessé d'être saignante. Craint-on que la poudre n'adhère pas assez fortement aux parties, et qu'elle ne soit enlevée ou entraînée, on peut la délayer avec de l'eau de gomme, ou l'incorporer avec l'onguent rosat. Dans ce cas, il faut augmenter d'un ou deux centièmes la dose de l'acide arsénieux. Dans tous les cas, il faut attendre que la poudre ou la pommade tombe d'elle-même, ce qui arrive ordinairement au bout de huit ou dix jours, et renouveler les applications jusqu'à la guérison complète ; elle a lieu quelquefois après huit ou dix semaines, ou cinq ou six applications.

La *pâte de chlorure de zinc* a été principalement mise en usage par Biett ; ce médecin en employait deux différentes ainsi préparées :

PATE N° 1.

℞ Farine................ 2 parties. | Chlorure de zinc........ 1 partie.

Mêlez.

PATE N° 2.

℞ Farine................ 3 parties. | Chlorure de zinc........ 1 partie.

Mêlez. On peut diminuer davantage encore la proportion de chlorure de zinc, suivant l'irritabilité des parties.

On emploie cette pâte, ainsi que la *pâte au chlorure d'antimoine*, le *caustique de Vienne*, etc., de la même manière que la pâte arsenicale du frère Côme.

D'autres caustiques, et même le *cautère actuel*, ont encore été préconisés, mais les précédents sont les principaux. Le cautère actuel est généralement abandonné aujourd'hui.

Je dois encore signaler les *frictions* faites avec certaines substances actives, et dont on se sert principalement pour combattre le *lupus non exedens*. Je ne fais que mentionner les frictions avec la *pommade au calomel*, à l'*oxyde de zinc*, etc. Celles qu'on pratique avec la *pommade à l'iodure de soufre* ont un peu plus d'efficacité. Voici la composition de cette pommade :

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 209

℞ Iodure de soufre......... 1 gram.	Axonge............... 30 gram.

Pour frictions, matin et soir.

M. Rayer a recommandé les frictions avec l'*iodure de mercure*. Il se sert de pommades ainsi composées :

℞ Proto-iodure de mercure.. 2 gram.	Axonge............... 30 gram.

Mêlez.

ou bien :

℞ Deuto-iodure de mercure.. 1 gram.	Axonge............... 30 gram.

Mêlez. Pour une ou deux frictions par jour.

M. Cazenave (1) recommande de mettre avec un pinceau, sur les parties que l'on veut attaquer, une couche légère du mélange suivant :

℞ Bi-iodure de mercure..... 15 gram.	Axonge............... 5 gram.
Huile d'amandes douces.. 10 gram.	

Ce topique occasionne une douleur assez forte et persistante, mais les cicatrices que l'on obtient sont plus légères et de niveau avec le reste de la peau.

Il faut surveiller l'emploi de ces pommades, et surtout de la dernière, parce qu'elles irritent parfois très fortement la peau. Tant que cette irritation est modérée, y eût-il même un peu de rougeur érythémateuse autour de la partie malade, on ne doit avoir aucune crainte, car ce degré d'irritation est nécessaire pour que la maladie soit modifiée ; mais si cette limite était dépassée, il faudrait s'arrêter immédiatement, et combattre l'irritation cutanée.

Lorsque le lupus ou esthiomène occupe la région vulvo-anale, on doit, si la maladie a résisté aux principaux moyens de traitement qui viennent d'être indiqués, *enlever les parties malades.* Ce moyen a été employé nombre de fois par M. Huguier et a eu un grand succès.

Je ne pousserai pas plus loin les détails de ce traitement, qu'on est fort souvent obligé de varier et de modifier, et qui maintes fois reste sans succès. Je me contente d'ajouter qu'on doit surveiller la formation des cicatrices, afin qu'elles ne soient pas trop vicieuses, et remédier autant que possible à l'oblitération des conduits qu'elles tendent à produire.

ARTICLE III.

MOLLUSCUM, FRAMBŒSIA, BOUTON D'ALEP, KÉLOÏDE.

Je réunis sous un même titre ces diverses altérations, qui ne méritent guère qu'une simple indication et qui n'ont qu'une importance très secondaire.

Ces affections n'ont pas sans doute tous les caractères des tubercules tels que je les ai donnés plus haut ; mais, je le répète, il importe d'éviter les divisions trop nombreuses, et c'est pourquoi je les ai décrites dans ce chapitre.

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1851.

1° MOLLUSCUM.

Bateman s'est servi de ce mot pour désigner une maladie de la peau caractérisée par des *tubercules* répandus sur divers points du système cutané. Son analogie avec les proéminences nuciformes qui se développent sur l'écorce de l'érable lui ont fait donner cette dénomination.

Le *molluscum*, qui paraît être l'*éruption fongoïde de Bontius*, le *mycosis fungoides d'Alibert*, est une affection rare, dont les causes nous sont totalement inconnues; elle consiste en des tubercules nombreux, à peine sensibles, lents à se développer, du volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, affectant une forme tantôt globuleuse, tantôt aplatie. Le plus souvent ils conservent la couleur de la peau; quelquefois ils sont brunâtres. Ainsi développés, ils restent stationnaires et persistent indéfiniment sans altération de la santé générale.

Biett (1) en a observé une forme particulière, principalement chez les jeunes femmes à la suite des couches. Les tumeurs étaient petites, aplaties, fendillées au sommet, brunâtres, indolentes et répandues sur tout le cou. Bateman avait admis un *molluscum contagiosum*; mais ce point a besoin d'être éclairé par de nouveaux faits.

Le *traitement* du *molluscum* n'est guère mieux connu que son histoire. Biett a vu la première forme résister à une foule de moyens. Dans celles qu'il a décrites, il a employé avec succès les lotions répétées avec une forte dissolution de *sulfate de fer*. La *liqueur de Fowler* a procuré une amélioration notable dans le cas de *molluscum contagiosum* de Bateman.

2° FRAMBŒSIA.

Cette maladie, qui est connue en Amérique sous le nom de *pian* ou *épian*, et que dans la Guinée on appelle *yaws*, a été décrite par Bateman sous le nom de *frambœsia*. C'est une affection extrêmement rare en Europe, commune en Afrique et aux Indes occidentales, et qui se développe particulièrement chez les nègres, surtout chez les enfants. Ses causes nous sont peu connues; elle paraît être contagieuse, et, suivant les auteurs, elle se communiquerait par le contact de la matière qui s'écoule des tubercules ulcérés. Le frambœsia peut aussi se développer spontanément.

Le frambœsia se manifeste par de petites taches d'un rouge obscur, ordinairement groupées, se recouvrant bientôt de petites éminences qui deviennent de plus en plus saillantes et offrent l'aspect d'une surface hérissée de végétations exactement isolées par leur sommet et réunies par leur base. Ces végétations sont d'un rouge blafard et indolentes; bornées à une petite surface, elles ressemblent par leur aspect à des *framboises* ou à des mûres. Les parties voisines de l'éruption sont dures, comme calleuses; les tubercules eux-mêmes se recouvrent habituellement de squames minces, sèches et adhérentes.

Dans quelques cas, les végétations s'ulcèrent à leur sommet et laissent écouler un liquide ichoreux qui baigne les parties voisines. Parfois un tubercule plus volu-

(1) *Dict. de méd.*, t. XX, art. MOLLUSCUM.

mineux que tous les autres se change en une vaste ulcération dont le liquide sanieux corrode les tissus ambiants. Ce tubercule a reçu aux colonies le nom de *mamapian* ou *mère du pian.*

Le frambœsia, qui peut avoir une durée indéfinie sans compromettre la santé, n'est pas immédiatement dangereux; quelquefois sa guérison s'opère par une résolution insensible des tubercules. Parfois les progrès de l'ulcération ont amené une terminaison fatale.

Le *traitement* du frambœsia se réduit à quelques applications *caustiques* pour détruire les tubercules dont la résolution ne saurait être obtenue autrement. La *pâte arsenicale du frère Côme* et le *nitrate acide de mercure* sont recommandés par MM. Cazenave et Schedel. Biett a réussi une fois avec le *cautère actuel.*

3° BOUTON D'ALEP.

Ce nom a été donné à une affection tuberculeuse qu'on ne rencontre qu'en plusieurs villes de l'Orient, et notamment à Alep, où elle est endémique. Je n'en dirai qu'un mot.

Le *bouton d'Alep*, qu'on dit *bouton mâle* quand il est seul, et *bouton femelle* quand autour des tubercules principaux on en voit d'autres plus petits, attaque principalement le visage. Il se développe par une petite saillie lenticulaire qui s'accroît circulairement pendant quatre ou cinq mois. A cette époque commence la *période de suppuration*, annoncée souvent par des douleurs très vives; puis vient la *période d'ulcération*, dont la durée n'est pas moins longue et qui se termine par la chute définitive de la croûte qui laisse une cicatrice déprimée indélébile.

Le *bouton d'Alep* n'est pas une affection grave. Ses causes sont très obscures, et son *traitement*, qui, pour M. Guilhou, doit se borner à des *soins hygiéniques*, ne nous est pas mieux connu. M. Salina assure avoir toujours réussi à diminuer la durée et l'étendue de l'éruption en *cautérisant avec le fer rouge* avant la période de suppuration.

4° KÉLOÏDE.

Alibert a donné le premier ce nom à une maladie assez rare, qui consiste en une tumeur irrégulière, ordinairement ovale, résistante au toucher, aplatie, saillante de quelques lignes, pouvant rester indéfiniment stationnaire, et ne disparaissant en totalité ou en partie que pour laisser après elle une cicatrice.

La kéloïde est le plus ordinairement seule, et occupe la partie antérieure et moyenne de la poitrine. Biett en a vu plusieurs se fixer au cou et sur les côtés du thorax chez une jeune personne.

La forme de la kéloïde varie : elle peut être ovale, cylindrique, allongée, anguleuse; elle est luisante et recouverte d'un épiderme aminci et légèrement ridé, ce qui, comme le fait observer M. Cazenave, lui donne l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré. Rarement elle est le siége de quelque douleur. Elle n'a aucune influence sur la santé.

Elle est plus fréquente dans l'âge adulte et chez les femmes. Sa durée, qui peut être longue, est quelquefois indéfinie. Jusqu'à présent la thérapeutique est restée impuissante pour la guérir; on conseille néanmoins les *frictions iodurées* et les *douches de vapeur.*

CHAPITRE VII.

AFFECTIONS HÉMORRHAGIQUES.

Dans des circonstances variées, la peau peut être le siége d'un flux hémorrhagique, d'où résultent tantôt un suintement auquel on a donné le nom de *sueur de sang*, tantôt de simples *pétéchies*, comme on en voit dans la peste et le typhus; tantôt des *ecchymoses* comme dans le scorbut; tantôt enfin des taches d'un pourpre plus ou moins foncé, qui constituent le *purpura*, affection qui, comme beaucoup d'autres que l'usage nous fait ranger parmi les maladies de la peau, est loin d'être locale.

Ce n'est que de cette dernière que je dois m'occuper ici. La sueur de sang est, en effet, un simple symptôme fort rare d'autres affections. Les pétéchies et les ecchymoses sont beaucoup plus fréquentes; mais elles sont aussi purement symptomatiques et ne constituent même qu'un signe diagnostique d'une valeur assez limitée. Le purpura seul est une manifestation extérieure d'une affection bien déterminée.

Pour la description du purpura on a suivi plusieurs divisions différentes. Willan a beaucoup trop multiplié les espèces; il en est quelques unes qui ne peuvent être admises: telles sont le *purpura senilis* et le *purpura contagiosa*. M. Rayer reconnaît un *purpura fébrile* et un *purpura non fébrile*. Cette distinction n'est pas sans importance; mais on peut, avec M. Cazenave, en établir une autre fondée sur de meilleurs caractères. Les choses se passant différemment suivant qu'avec les taches pourprées il y a ou non une hémorrhagie par une ou plusieurs muqueuses, il en résulte deux espèces distinctes qui sont le *purpura simplex* et le *purpura hæmorrhagica*, que je vais décrire successivement.

ARTICLE Ier.

PURPURA SIMPLEX.

Dans les descriptions de purpura qui nous ont été données avant qu'une bonne classification des maladies de la peau fût venue nous permettre d'établir un diagnostic précis, il y a nécessairement beaucoup de confusion, et cette confusion Willan et Bateman ne l'ont pas complétement évitée, puisqu'ils nous ont donné comme des purpura les pétéchies variées qui se montrent dans certaines maladies fébriles. Aujourd'hui cette confusion ne saurait plus exister, et l'on réserve le nom de purpura à l'affection particulière que je vais décrire.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Le *purpura simplex*, dit M. Cazenave, est caractérisé par l'apparition à la peau de plaques d'un rouge variable, peu étendues, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, ayant pour caractère principal de n'être pas accompagnées d'hémorrhagie. » Quelques auteurs ont ajouté à ces caractères celui d'être non fébrile; mais c'est là une manière de voir erronée. Il est certain, en effet, que, dans un bon nombre de cas, il n'existe aucun symptôme de fièvre; mais il est assez fréquent

de voir la maladie débuter par des malaises, de l'horripilation, etc., phénomènes évidemment fébriles, et, en outre, il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer des cas de purpura simplex bien caractérisés et dans lesquels il y avait une fièvre considérable.

Sans être une des maladies les plus fréquentes, le purpura simplex ne laisse pas de se montrer assez souvent.

§ II. — Causes.

Les recherches sur les causes du purpura sont encore très insuffisantes. On a observé principalement cette maladie chez les femmes et les enfants, chez les sujets d'une faible constitution, chez ceux qui sont soumis à de mauvaises conditions hygiéniques ; mais ces conditions ne sont pas indispensables, et non seulement on a vu le purpura se produire chez des individus qui n'offraient rien de semblable, mais encore on a rapporté bien des cas dans lesquels il existait des conditions tout opposées. On a cité de rares *épidémies* de purpura.

§ III. — Symptômes.

Le principal et presque l'unique symptôme du purpura simplex consiste dans des éruptions successives de *taches* d'abord d'un rouge vif, puis offrant une teinte livide, et enfin une couleur jaunâtre qui se dissipe comme celle des ecchymoses. Chez quelques sujets, et principalement chez les vieillards, ces taches ont tout d'abord une couleur plus foncée, parfois même c'est une couleur brune presque noire, ainsi que j'en ai vu récemment un exemple. Ces taches ont un caractère important déjà signalé plus haut, c'est de *ne pas disparaître sous la pression ;* en outre, elles augmentent lorsque le point sur lequel elles se trouvent est déclive et qu'il y a une certaine stase du sang. Elles sont arrondies, d'un volume qui ne dépasse ordinairement pas celui d'une lentille, et qui est souvent au-dessous ; elles sont plus ou moins rapprochées, mais ordinairement distinctes les unes des autres. Dans leurs intervalles la peau ne présente aucune altération.

Il faut ajouter, pour compléter cette description, que parfois il survient un *gonflement considérable des parties affectées*, et principalement des membres inférieurs. Ce gonflement, borné à un point limité, est extrêmement douloureux, et, quoiqu'on ne voie pas de changement de couleur à la peau, tout porte à penser qu'il résulte d'un afflux du sang dans les tissus.

Il est rare, quoi qu'on en ait dit, que le purpura simplex se présente sans avoir été précédé d'aucun symptôme. Presque toujours il y a un malaise plus ou moins considérable, de la céphalalgie ou simplement une pesanteur de tête. On observe encore le brisement des membres, la faiblesse, la perte de l'appétit. Fréquemment ces symptômes, après avoir duré quelque temps, se dissipent, la maladie poursuivant son cours. Mais on voit des cas dans lesquels le *mouvement fébrile* est beaucoup plus intense et persiste pendant toute l'éruption, et, en outre, comme l'affection est, ainsi que je l'ai déjà dit, constituée par des éruptions successives, il n'est pas rare de voir chacune de ces éruptions précédée de ces *symptômes généraux.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Il arrive quelquefois que le purpura suit une *marche* franchement continue; plus souvent ce sont des éruptions successives pendant lesquelles se manifestent un nombre plus ou moins grand de taches. Il faut, par conséquent, considérer séparément la *durée* des éruptions et celle de la maladie en général. Les éruptions durent de sept ou huit jours à quatorze ou quinze. Quant à la maladie, lorsqu'elle ne consiste qu'en une éruption ou en un petit nombre de taches, elle dure de dix à quinze jours; dans le cas contraire, on la voit durer quatre ou cinq semaines, et parfois elle devient *chronique* et résiste à tous les traitements. C'est surtout chez les vieillards à constitution affaiblie que l'on observe cette marche chronique. La mort n'est pas une *terminaison* qu'on puisse attribuer au purpura simplex.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

M. Rayer a cité un cas dans lequel l'*oblitération de la veine iliaque par des caillots sanguins* a donné lieu à des taches semblables à celles du purpura; mais les cas de ce genre sont exceptionnels, et les cordons noueux que forment les rameaux veineux mettent sur la voie du diagnostic.

Ce n'est qu'un examen très peu attentif qui pourrait faire confondre le purpura avec des *morsures de puce*, et, quant à la distinction des taches de cette affection avec les *pétéchies des maladies graves* ou avec les *ecchymoses du scorbut*, le diagnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter un seul instant.

Le *pronostic* du purpura simplex n'est pas grave; seulement, ainsi que je l'ai dit à propos de sa terminaison, lorsqu'il est chronique, il est très rebelle, et il annonce une détérioration plus ou moins profonde de la constitution.

§ VI. — Traitement.

Le traitement du purpura simplex, affection très peu grave, n'a qu'une importance très secondaire, et une simple indication suffit. Aussi me contenterai-je de citer le passage suivant de l'article de M. Cazenave :

« Le traitement, dit-il, doit différer complétement selon l'état du malade et selon les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie. Le *purpura simplex* peut se manifester, en effet, chez un individu vigoureux, sanguin; il peut avoir été provoqué par un régime excitant, par des fatigues excessives, etc. Dans ce cas, il faudra avoir recours à des *émissions sanguines*, à l'emploi de quelques *bains frais*, de quelques *boissons rafraîchissantes;* mais il faudra insister avant tout sur le *repos* le plus complet qu'il sera possible.

» Le purpura a pu, au contraire, affecter un individu faible ou épuisé par l'influence débilitante de mauvaises conditions hygiéniques, et il y aura alors indication diamétralement opposée : on mettra le malade à l'usage de moyens *toniques* et *fortifiants ;* on lui fera prendre du *vin généreux*, quelques *tisanes amères*, quelques *ferrugineux*, etc. »

ARTICLE II.

PURPURA HÆMORRHAGICA.

Cette affection étant au fond la même que la précédente, dont elle ne diffère que par les hémorrhagies des muqueuses et par la gravité, je ne dois exposer dans cet article que les particularités qui la caractérisent. C'est ce que je vais faire rapidement.

§ I. — Définition, synonymie.

Le purpura hæmorrhagica, auquel Werlohf a donné le nom de *morbus maculosus hæmorrhagicus*, est une maladie caractérisée par des taches de la même nature que celles du purpura simplex, par des symptômes généraux plus graves, par des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Cette affection n'est heureusement pas fréquente, bien qu'on en ait rapporté un assez bon nombre d'exemples à cause de la gravité des cas.

§ II. — Causes.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit des *causes* à propos du *purpura simplex*. On doit admettre seulement que ces causes ont eu une action plus énergique, plus prolongée, ou qu'elles ont exercé leur influence sur des sujets plus disposés aux hémorrhagies. En outre, on a cité des cas dans lesquels il existait une prédisposition telle, que la moindre cause occasionnelle déterminait une hémorrhagie interstitielle et une attaque de purpura hæmorrhagica.

§ III. — Symptômes.

Les *taches* de purpura hæmorrhagica sont plus larges que celles du purpura simplex ; elles sont étendues, irrégulières, livides, et présentent l'aspect des ecchymoses récentes. Ces taches ont le même siége et les mêmes caractères que celles du purpura simplex, dont on observe aussi un nombre plus ou moins considérable au milieu d'elles. Dans quelques cas rares on a vu les taches purpurines couvertes d'une *bulle pleine de sang*.

Mais un caractère plus important encore, car il sert à distinguer cette forme de la précédente, c'est la présence sur les diverses *muqueuses* de taches d'un rouge obscur semblables à celles qui se montrent à la peau. Ces taches sont autant de points par lesquels s'effectuent des *hémorrhagies* souvent très abondantes et parfois foudroyantes. Il est aussi des cas de purpura dans lesquels les hémorrhagies ont lieu jusque dans le parenchyme des organes. J'ai déjà cité des cas de ce genre en parlant de diverses hémorrhagies constitutionnelles (1). C'est surtout alors que les hémorrhagies sont foudroyantes. Quelquefois ces hémorrhagies deviennent chroniques ; ainsi on voit chez certains individus quelques taches purpurines sur une muqueuse, celle de la bouche, par exemple, donner lieu, pendant un temps fort long, à des hémorrhagies modérées qui, se reproduisant chaque jour ou à des intervalles variés, mais rapprochés, finissent par détériorer complétement la constitution.

(1) Voy. *Épistaxis*, *Hématémèse*, etc.

Parmi les *symptômes généraux* qui appartiennent au purpura hæmorrhagica, il faut distinguer ceux qui accompagnent la maladie de ceux qui en sont le résultat. Les premiers sont les mêmes que dans le *purpura simplex*, mais beaucoup plus intenses; au malaise général, à la courbature, se joignent souvent l'anxiété précordiale, des étourdissements, des lipothymies, etc. Le *mouvement fébrile* est plus constant et plus violent. On a observé quelquefois la *diarrhée* et des *coliques* plus ou moins intenses, mais bien plus souvent la *constipation*. Quant aux seconds, ils ne sont autre chose que les symptômes de l'*anémie*, et il serait par conséquent inutile de les décrire ici (1).

M. le docteur Parkes (2) a donné l'analyse du sang veineux dans deux cas de purpura hæmorrhagica. Dans le premier il y avait abaissement général dans la proportion des matériaux solides du sang, avec conservation de la proportion relative de chacun d'eux. Dans le second, la circonstance la plus remarquable était l'*augmentation de la fibrine*, et dans les deux, il y avait *augmentation de la quantité normale du fer*.

Dans un cas cité par M. Hérard (3), on n'a trouvé nulle trace de fibrine, et il a été en outre impossible de séparer les globules du sérum; mais dans un cas semblable quant aux symptômes, j'ai trouvé une quantité notable de fibrine, de sorte qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est souvent rapide, mais on observe dans cette espèce les mêmes éruptions indiquées dans la précédente, et j'ai déjà dit qu'elle pouvait se montrer sous une *forme chronique*. Il en résulte que la *durée* est très variable. Cela dépend surtout de l'abondance des hémorrhagies. Quant à la *terminaison*, elle est assez fréquemment funeste, et c'est principalement aux hémorrhagies abondantes qu'il faut attribuer la mort. Lorsque ces hémorrhagies se font dans l'intérieur même des organes, et qu'elles occupent un grand nombre de points, la mort peut être presque instantanée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les *lésions anatomiques;* elles consistent, en effet, uniquement dans les infiltrations sanguines qui se montrent dans la peau et dans le tissu des organes, et dans l'état exsangue de diverses parties du corps.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* ne demande pas de plus grands développements. Il est évident qu'il est le même que dans le cas précédent, et, de plus, l'existence des hémorrhagies vient le rendre plus facile. Lorsqu'on peut apercevoir le point de la muqueuse par lequel s'échappe le sang, et que ce point est occupé par des taches purpurines, le doute n'est pas permis.

Le *pronostic* est beaucoup plus grave que dans l'espèce précédente, et c'est surtout sur l'abondance des hémorrhagies que se mesure le danger.

(1) Voy. article *Anémie*.
(2) *London medical Gazette*, 1848.
(3) *Bull. de l'Acad. impériale de méd.*, t. XVIII. Paris, 1852, p. 298.

§ VII. — Traitement.

Pour les motifs indiqués plus haut, je n'entrerai pas dans de nombreux détails sur le traitement. Je ne crois pas, en effet, pouvoir mieux faire que de rapporter le passage suivant emprunté à M. Cazenave. Le traitement y est très bien résumé, et le praticien n'a pas besoin de plus grands développements. Je me contenterai d'y joindre quelques détails nouvellement connus.

« On retrouve ici, dit M. Cazenave, mais dans des proportions bien différentes, ce que j'ai dit des indications tout à fait opposées sur le traitement du *purpura simplex*. Cette différence tient d'ailleurs aux mêmes causes. Ainsi on pourra employer les *saignées*, les *émollients*, mais ce ne sera que dans le plus petit nombre des cas. Le plus souvent, et selon les cas, il faudra ordonner le *repos* complet, mettre le malade à l'usage des *acides végétaux*, des *boissons glacées*, lui faire prendre des *aliments froids*, ou bien employer le *quinquina* uni à l'*eau de Rabel*, la décoction de *ratanhia*, les *vins généreux*, les *amers*, etc. Il pourra être utile de vider les organes digestifs par l'emploi de quelques *purgatifs*, du *calomel*, par exemple. »

Un journal anglais (1) rapporte l'observation d'une femme sur le point de succomber à cette affection et chez laquelle l'*acide gallique* donné à la dose de 2 grammes uni à 4 gouttes de laudanum toutes les demi-heures, fit cesser les accidents. « Des faits que nous avons observés récemment, ajoute ce journal, nous portent à penser que l'*acide tannique* est un antihémorrhagique par excellence et pourrait remplacer l'acide gallique. »

M. le docteur Harty (2) a vu guérir avec rapidité le *purpura hæmorrhagica*, sous l'influence des *purgatifs répétés*.

M. le docteur Moore Neligan (3) a rapporté 4 cas dans lesquels un *purpura hæmorrhagica* très grave a été promptement guéri par l'*essence de térébenthine*. Il donne ce médicament à la dose de 25 à 40 grammes chez les adultes, et de 8 à 15 grammes chez les enfants. Quoique l'auteur pense que l'essence de térébenthine a une propriété antihémorrhagique particulière, on est porté à croire qu'elle n'a agi que comme purgatif ; car, d'une part, M. Moore Neligan a été habituellement conduit à assurer l'action purgative par l'addition de l'huile de ricin ; et, de l'autre, la rapidité de la guérison a été en raison directe de l'effet purgatif.

« Dans quelques circonstances, ajoute M. Cazenave, on pourrait avoir recours aux *émissions sanguines* générales et locales ; mais, dans tous les cas, il ne faudrait employer ce moyen qu'avec une extrême attention. » M. le docteur Lossetti (4) a rapporté un cas de *purpura hæmorrhagica*, dans lequel les *saignées*, au nombre de six, ont produit une amélioration prompte et procuré une guérison rapide.

« On combattra, continue l'auteur que je cite, les hémorrhagies qui accompagnent cette forme de *purpura* par des *lotions avec de l'eau glacée*, par des *injections styptiques*, et par le *tamponnement*, au besoin. Dans ces cas, on a retiré souvent de bons effets de l'emploi d'*ablutions froides sur tout le corps*.

(1) Voy. *The Lancet* et *Bull. gén. de thér.*, 15 mai 1851.
(2) *Edinburgh medical and surgical Journ.*, t. IX.
(3) *Dublin Journ.*, novembre 1845.
(4) *Annali universali di medicina*, mars 1848.

» Quant aux taches purpurines, on peut les attaquer localement par l'application de *compresses imbibées de chlorure de chaux*, par des *décoctions astringentes.*

» Ce qui importe surtout, c'est de placer le malade dans des *conditions hygiéniques* favorables : ainsi on le mettra à même de respirer un air pur, d'habiter des lieux sains; on le soumettra à un *régime* alimentaire doux et fortifiant. Enfin, c'est surtout pendant la convalescence que l'on peut avoir recours à l'emploi de quelques *toniques*, des *boissons ferrugineuses*, par exemple. J'ai eu plusieurs fois recours alors avec avantage aux *bains de mer.* »

CHAPITRE VIII.

AFFECTIONS CUTANÉES DE DIVERSE NATURE

(*Macules; éléphantiasis des Arabes; pellagre; acrodynie*).

Je réunis dans un même chapitre plusieurs affections de nature fort différente, parce qu'agir autrement serait multiplier beaucoup trop les divisions. Quelques unes de ces affections ont un intérêt réel. Je mentionnerai en particulier la *pellagre*, que, jusqu'à ces derniers temps, on a pu regarder comme très rare en France, dont on n'admettait même pas l'existence à Paris, et qui, d'après les recherches récentes, est, au contraire, fréquente dans quelques unes de nos contrées (1), et se montre quelquefois dans la capitale. Toutefois on peut dire d'une manière générale que ces diverses affections n'ont qu'une importance secondaire pour la grande majorité des praticiens. C'est pourquoi, sans négliger aucune des parties intéressantes de leur histoire, je ne m'étendrai pas autant sur elles que sur les maladies que nous avons à traiter tous les jours.

ARTICLE Ier.

MACULES.

Sous ce titre, je ne comprendrai, avec MM. Cazenave et Schedel, que les altérations de couleur dépendant d'une altération du pigment de la peau, et je suivrai dans l'étude de ces affections la division établie par ces auteurs, c'est-à-dire que je décrirai successivement les *colorations* et les *décolorations*.

1° COLORATIONS.

Parmi les colorations de la peau, les unes sont générales, les autres partielles : la *teinte bronzée* constitue à elle seule la première espèce; les colorations partielles sont le *lentigo*, les *éphélides* et les *nævi*.

a. Teinte bronzée. Il est rare qu'elle survienne spontanément et sans cause connue; dans la majorité des cas, elle est due à l'administration du *nitrate d'argent*, et alors la coloration est plus foncée. Elle se manifeste ordinairement assez

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. I, p. 440; t. II, p. 6; t. X, p. 788. — L. Marchant, *Documents pour servir à l'étude de la pellagre des Landes*. Bordeaux, 1847.

longtemps après qu'on a commencé l'usage de ce médicament. La peau prend d'abord une teinte bleuâtre, puis légèrement bronzée, ce qui est surtout sensible quand les parties sont exposées au soleil. Cette coloration, qui est générale, est plus intense aux endroits où la peau est plus fine et exposée à la lumière, comme à la face et aux mains. Peu à peu elle se fonce davantage, et devient presque noire. Les conjonctives et la muqueuse des lèvres et d'une partie de la bouche ont une teinte livide. Au visage, sous l'influence des causes qui produisent la pâleur, la teinte paraît momentanément plus foncée; elle l'est moins quand l'individu affecté rougit. Les poils sont exempts de la coloration anormale.

Cette teinte, qui ne s'accompagne d'aucun trouble, persiste le plus souvent d'une manière indéfinie, et résiste à tous les efforts de la thérapeutique. Biett avait vainement eu recours aux bains excitants, alcalins et ferrugineux.

b. Lentigo. C'est ce qu'on appelle vulgairement *taches de rousseur*, *éphélide lentiforme;* c'est le *pannus lenticularis* d'Alibert. Le lentigo consiste dans de petites macules ordinairement d'un jaune fauve, ne dépassant jamais la largeur d'une lentille, le plus souvent plus petites. On les rencontre aux mains, au cou, surtout à la face chez les individus jeunes, blonds, à peau blanche, fine, chez ceux qui s'exposent aux rayons du soleil. Il est plus commun dans les pays chauds et chez les individus d'un tempérament lymphatique. Il persiste le plus souvent d'une manière indéfinie, et ne réclame aucun traitement.

c. Éphélides. On les a aussi nommées *taches hépatiques*, *pannus hepaticus* (Alibert). Ce sont des taches irrégulières, beaucoup plus étendues que celles du lentigo, d'un jaune safrané, le plus souvent accompagnées de démangeaisons, et parfois donnant lieu à une exfoliation légère.

On les rencontre surtout chez les femmes, et en particulier chez celles qui sont blondes et ont la peau fine. Elles peuvent être déterminées par l'insolation et les écarts de régime, ou coïncider avec des troubles menstruels. Ce sont les éphélides qui constituent ce qu'on appelle le *masque* chez les femmes enceintes. Elles se montrent le plus souvent au cou, à la poitrine, aux membres.

Leur forme est irrégulière; elles laissent entre elles des places où la peau a sa coloration normale; quelquefois elles se réunissent pour constituer des plaques d'une étendue considérable. Elles ne sont pas proéminentes, et donnent lieu parfois à des démangeaisons incommodes. Souvent elles n'ont qu'une durée passagère; parfois elles persistent longtemps.

Le traitement des éphélides, qui consiste en *lotions astringentes*, *liniments détersifs*, *applications résolutives*, est inutile, sinon nuisible. Il faut se borner à donner à l'intérieur l'eau sulfureuse d'Enghien ou de Cauterets, deux ou trois fois par semaine un bain sulfureux, parfois un laxatif léger; elles cèdent ordinairement à l'emploi de ces moyens.

Le docteur Spengler (1) rapporte trois observations de cette affection qui fut guérie en huit jours par la *teinture d'ellébore* blanc employée en *frictions*.

d. Nævi. Ce sont toutes ces taches congénitales attribuées vulgairement aux impressions éprouvées par la mère et transmises au fœtus. On les a désignées sous

(1) *Neue medicinische chirurgische Zeitung*. et *Journal des connaissances médic.-chir.*, décembre 1852.



les noms de *spili*, de *nævi* proprement dits, et de *signes*. Les causes nous en sont tout à fait inconnues.

Les *nævi*, qui ne sont qu'une altération du pigment (spili), ne déterminent ni douleur ni démangeaison ; ils ont une foule de formes et de nuances ; ils varient singulièrement en étendue. Le plus souvent ils se montrent à la face ; parfois ils sont recouverts de poils durs et courts. Ils ne réclament aucun traitement.

Certains *nævi* sont sous la dépendance du système vasculaire ; plusieurs se rapportent à ce que Dupuytren appelait *tumeurs érectiles*, et sont du domaine de la chirurgie ; les autres constituent des taches rouges ou violettes (*taches de vin*). Ni les unes ni les autres ne méritent que je m'y arrête longuement. Je me contenterai de citer un procédé fort ingénieux, que le docteur Fayolle (de Guéret) a imaginé pour les détruire :

« L'appareil instrumental, dit M. Fayolle, se compose d'épingles d'acier bien faites, de différentes longueurs et de grosseurs diverses, de fils à ligature cirés et mis en triple, enfin d'un sécateur pour couper les épingles. »

Il procède à l'opération en trois temps qu'il décrit dans les termes suivants :

« *Premier temps.* — L'épaisseur du *nævus* étant reconnue, une première épingle traverse la peau à une ligne et demie au delà de la tache ; elle porte, par conséquent, sur des tissus sains. Je la fais suivre d'une seconde, qui est tangente à la circonférence de la tumeur. Une troisième épingle, parallèle aux deux précédentes, et à une ligne et demie de la seconde, est enfoncée à une certaine distance (une ligne et demie également) du bord de la tache ; elle doit passer au-dessous de l'épaisseur présumée de la tumeur, et ressortir de l'autre côté de celle-ci, en traversant également les tissus sains. On place ainsi successivement plusieurs épingles parallèles et séparées par des intervalles égaux ; elles doivent, par leur réunion, se trouver toutes comprises dans un même plan sous-jacent à la face profonde de la production accidentelle.

» *Deuxième temps.* — Une anse de fil est passée sous les extrémités de la première épingle ; les deux chefs en sont ramenés en dedans, se croisent et passent ensuite sous les deux bouts saillants de la seconde épingle, de là à la troisième et à la quatrième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Alors on recommence en sens inverse, jusqu'à ce que toute la surface comprise entre les points d'immergence et d'émergence des épingles soit couverte par les fils ; c'est une véritable suture entortillée. Les fils sont serrés lentement et progressivement, de telle sorte que la superficie de la tache, d'abord plane, se trouve convertie, par le rapprochement de ses bords, en un bourrelet saillant, allongé, perpendiculaire à la direction des épingles.

» *Troisième temps.* — On noue la dernière anse de fil, et l'on coupe les extrémités saillantes des épingles aussi près que possible du fil enroulé, à l'aide du sécateur.

» On place ainsi une série d'épingles dans toute l'étendue de la maladie, si toutefois ses dimensions n'excèdent pas 4 centimètres carrés ; si, au contraire, elle offre une surface plus considérable, l'opération se fait en plusieurs séances, c'est-à-dire autant de fois que la tache présente de fois 4 centimètres carrés.

» Aussitôt que les fils sont serrés, la coloration disparaît ; bientôt la tumeur s'af-

faisse ; si l'on retire les épingles au bout de quatre jours, il reste à la place qu'occupait le bourrelet une légère coloration blanc bleuâtre, et la peau paraît éraillée ; si on les laisse six à sept jours, le reste de la tumeur se détache, et laisse à sa place une cicatrice linéaire ; c'est alors, dans les cas où le *nævus* est de grande dimension, qu'on attaque la partie adjacente. »

e. Signes. Quant aux *signes* qui consistent dans de petites taches légèrement proéminentes, dépassant rarement la largeur d'une lentille, et sur lesquelles on voit souvent s'implanter un ou plusieurs poils, ils n'ont qu'un intérêt minime, et ne réclament aucun traitement.

2° DÉCOLORATIONS.

a. Albinisme. Ce nom est réservé à la *décoloration générale et congénitale* de la peau. Les individus qui en sont atteints forment, sous le nom d'*albinos*, une race à part, dont la description serait ici hors de propos.

b. Vitiligo. Il consiste dans une *décoloration partielle* de la peau. Toujours *accidentel* chez les blancs, il se montre congénital chez les nègres, et donne à leur peau un aspect particulier qui leur a fait donner le nom de *nègres pies.*

Le vitiligo, qui peut se développer sur tous les points du corps, se rencontre chez l'homme, principalement aux bourses ; il apparaît sous forme de taches d'un blanc laiteux, irrégulières, semblables parfois à des stries longitudinales. D'autres fois ce sont des plaques d'étendue variable, et qui ne s'accompagnent ni de chaleur ni de démangeaison. Cette affection, légère du reste, ne réclame aucun traitement. Le *vitiligo du cuir chevelu* n'est, pour M. Cazenave (1), que le porrigo décalvant des auteurs.

ARTICLE II.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Cette affection est peu commune dans nos climats, elle ne s'y montre guère qu'à l'état chronique, c'est-à-dire dans un état qui ne laisse aucune chance de guérison ; aussi est-ce aux auteurs qui ont observé dans les pays chauds qu'il faut principalement avoir recours pour en tracer l'histoire.

Les Arabes les premiers, et en particulier Rhazès, ont donné la description de cet éléphantiasis, et c'est pour cette raison qu'on l'a nommé *éléphantiasis des Arabes.* En Allemagne, elle a été décrite par Sennert et Hoffmann. Les médecins anglais, parmi lesquels il faut citer Rich. Towne (2), Hillary (3), Hendy (4), ont donné une histoire beaucoup plus complète de cette maladie, dont Larrey (5) nous a fait connaître quelques cas très intéressants, et qu'enfin M. Alard (6) a étudiée avec plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui.

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 279.
(2) *A treatise of diseases most frequent in the West-India*, etc. London, 1826.
(3) *Observ. on the changes of the air in Barbadoes*, etc. London, 1757.
(4) *Treat. of the glandular dis. of Barbadoes.* London, 1784.
(5) *Relat. chir. de l'expéd. d'Égypte.* Paris, 1803.
(6) *De l'influence des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés.* Paris, 1824.



§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

« Cette maladie consiste, dit M. Cazenave (1), dans une tuméfaction de la peau, du tissu cellulaire et du tissu adipeux sous-jacent, plus ou moins considérable, dure, permanente, produite peu à peu par des inflammations successives du derme et des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, accompagnée d'une déformation des parties qui en sont le siége, déformation quelquefois telle, qu'elle justifie très bien le nom qui lui a été donné. »

Cette affection a reçu les noms de *fièvre érysipélateuse; maladie glandulaire des Barbades*, jambe *des Barbades; pédarthrocace* (Kempfer); *hernie charnue* (Prosper Alpin); *sarcocèle* (Larrey); *lèpre tuberculeuse éléphantine* (Alibert), etc. La plupart de ces dénominations ne se rapportent qu'à certaines espèces. Cet éléphantiasis est assez fréquent en Afrique et en Asie; il l'est surtout dans l'île des Barbades, où plusieurs observateurs l'ont étudié avec soin.

§ II. — **Causes.**

Il est rare d'observer l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants. C'est à tort qu'à une certaine époque on a rapporté à cette maladie l'*induration des nouveau-nés.* Il suffit de se rappeler la description de cette dernière affection, telle que je l'ai donnée (2), pour se convaincre qu'elle n'a rien de commun avec la première. On n'a pas remarqué que l'éléphantiasis des Arabes attaquât un *sexe* plus que l'autre. On l'attribue, dit M. Cazenave, à l'impression des vents qui, dans ces climats brûlants, s'élèvent ordinairement avec le soleil, et font avec la température du jour un contraste qui exerce une grande influence sur la santé des habitants de ces contrées. Il est rare en Europe.

Tels sont les renseignements peu nombreux que nous avons sur l'étiologie de cette grave affection.

§ III. — **Siége.**

Le siége de prédilection de la maladie est ordinairement dans les membres inférieurs; le scrotum en est fréquemment atteint, et il en résulte une tuméfaction souvent énorme, à laquelle Larrey a donné le nom impropre de *sarcocèle.* On rencontre aussi les altérations qui constituent cet éléphantiasis à la face, au cou, au pénis, aux bras; en un mot aucune partie du corps n'en est complétement exempte. Elle n'occupe ordinairement qu'un seul côté, mais on a cité des cas où il en était autrement; on a vu, par exemple, les deux membres inférieurs être envahis, soit à la fois, soit l'un après l'autre.

§ IV. — **Symptômes.**

Le résumé des symptômes de cette affection ayant été très bien présenté par M. Rayer, qui la range parmi les intumescences, je ne saurais mieux faire que de lui emprunter le passage suivant, sans y rien changer :

« Dans un assez grand nombre de cas, dit-il, cette intumescence des membres inférieurs est annoncée, d'une manière aiguë, par une douleur plus ou moins vive

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.
(2) Voy. article *Œdème des nouv.-nés.*



dans l'aine et le jarret, suivant la direction de la saphène et des principaux troncs des vaisseaux lymphatiques, et par le développement d'une *raie rouge*, d'une corde dure, noueuse, tendue, ressemblant à un chapelet de petites tumeurs sous-cutanées, étendues du pli de l'aine jusqu'au genou ou à la malléole (Hendy), ou bien de la malléole vers l'aine, ou bien encore par une attaque d'érysipèle. Dans presque tous les cas, la peau prend une *teinte érythémateuse*, et le tissu cellulaire sous-cutané devient le siége d'une tuméfaction considérable. Les articulations voisines sont roides et contractées; souvent, dès le début, frissons prolongés, soif très vive, malaise, anxiété, efforts violents pour vomir, vomissements, parfois délire, puis chaleur intense, accompagnée de contractions plus fréquentes du cœur, et suivie de sueurs générales ou partielles, et de la cessation des symptômes fébriles. Dans l'espace d'un ou de plusieurs mois, ces phénomènes reparaissent sous forme d'accès, à des intervalles plus ou moins éloignés, qui peuvent varier en nombre de 3 (Hendy) à 14 par an, ou se renouveler seulement au bout de sept ans (Hendy). Ces accès, dont le nombre et la durée ne peuvent être prévus ni calculés, sont suivis d'une *augmentation progressive du volume des membres*, qui d'abord paraît être due en grande partie au dépôt d'une certaine quantité de sérosité ou de lymphe plastique dans le tissu cellulaire. Plus tard, le membre devient dur et ne conserve plus l'impression du doigt. Les ganglions lymphatiques de l'aine et du jarret, souvent devenus plus volumineux, sont quelquefois sains et indolents. A cette seconde période, cette maladie existe sans trouble autre que celui qu'entraîne inévitablement la déformation du membre, qui peut acquérir des formes si bizarres et des dimensions si disproportionnées avec celles des autres parties, qu'il est impossible de s'en faire une idée sans en avoir vu quelques exemples, ou du moins sans avoir consulté les dessins qui en ont été publiés. En effet, tantôt la tumeur est pleine et unie comme un sac bien rempli ou comme une outre; tantôt elle est par étages; de sorte que chacun des accès paraît avoir fait sa tumeur particulière. Après les premières attaques, la peau est extraordinairement lisse et sans changement de couleur, des vaisseaux rampent quelquefois au-dessous d'elle, et lui donnent une teinte rembrunie; peu à peu elle acquiert de la rudesse, surtout dans le voisinage de l'articulation du pied; elle se couvre de mamelons, de petites veines, et l'épiderme devient plus épais, comme dans l'ichthyose. Enfin il se forme quelquefois des gerçures et des crevasses sur le membre, qui devient d'une difformité extraordinaire. Chez quelques malades, on a vu les articulations du genou être le siége d'inflammations chroniques très rebelles. »

Tels sont les phénomènes qui caractérisent ordinairement l'éléphantiasis des Arabes. Il en résulte que le plus souvent l'intumescence est la conséquence de l'inflammation aiguë, plus ou moins fréquemment répétée, des vaisseaux lymphatiques ou des veines des parties affectées. Cependant il est quelques cas où cette inflammation ne se manifeste pas d'une manière évidente; alors il y a eu préalablement des attaques réitérées d'*érysipèle*, d'*eczema rubrum*, de *lichen agrius*, ou bien on trouve un *ulcère* ancien et rebelle qui a été le point de départ de la maladie.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il résulte de la description précédente que d'abord la *marche* de la maladie est

aiguë et irrégulièrement intermittente, et que plus tard elle prend un caractère essentiellement chronique. Aussi l'éléphantiasis des Arabes a-t-il toujours une *durée* considérable. Parfois on l'a vu se porter d'une région à l'autre, mais bien plus souvent il persiste dans les parties primitivement affectées, en même temps qu'il en attaque d'autres. La *terminaison* par la guérison a lieu, dans quelques cas, sous l'influence du traitement, lorsque la maladie a été attaquée à son début ; on a vu même cette terminaison survenir spontanément ; M. Rayer en cite un exemple très curieux d'après Hendy ; mais ces cas sont exceptionnels, et presque toujours le mal continue à faire des progrès, ou reste stationnaire.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un très grand soin par plusieurs auteurs, et surtout par M. Rayer, qui nous a fourni sur ce point un grand nombre de détails intéressants. Quant à moi, je dois me borner à une très courte indication.

Je signalerai l'hypertrophie, souvent très considérable, du derme ; l'élargissement de ses papilles ; l'augmentation de volume des follicules ; l'induration, l'infiltration, l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané ; le développement des vaisseaux et surtout des ganglions lymphatiques ; l'oblitération, l'obstruction des veines ; celle des petites artères ; l'hypertrophie des nerfs, qui est loin d'être constante ; le ramollissement, l'amincissement, ou au contraire l'épaississement des muscles, qui peuvent être convertis en graisse.

Dans un cas rapporté par M. Southam (1), le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une matière lardacée, dense et blanchâtre, mêlée à la graisse. Les principaux troncs veineux étaient dilatés ; leur membrane externe épaissie, et les membranes internes et moyennes converties en une espèce de tissu fibreux ; plusieurs des veines du second et du troisième ordre étaient oblitérées. La maladie datait de vingt ans.

Telles sont les lésions propres à l'éléphantiasis des Arabes ; quant aux altérations des viscères, que quelques auteurs ont signalées, il résulte des meilleures observations, qu'elles n'ont pas un rapport direct avec la maladie qui nous occupe.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque l'éléphantiasis des Arabes a acquis un grand développement, lorsqu'il a passé à l'état chronique, le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. Je ne m'arrêterai pas, par conséquent, à le distinguer de l'*anasarque* ni de l'*éléphantiasis des Grecs ;* il suffit d'un coup d'œil jeté sur la description précédente pour voir combien il en diffère.

Au début, au contraire, le diagnostic est souvent très difficile, surtout lorsque l'affection se développe dans des climats où elle n'est pas habituelle. Nous avons vu, en effet, que fréquemment l'éléphantiasis des Arabes commence par des inflammations successives, occupant soit les vaisseaux lymphatiques, soit les veines, et donnant lieu au gonflement des parties, à la rougeur de la peau, etc. Or ces signes

(1) *Observ. d'éléphantiasis du membre inférieur droit datant de vingt ans* (*London med.-chir. Transactions*, 2e série, 1847, t. XIII).

sont communs à plusieurs affections. Comment reconnaître d'abord, s'il ne s'agit pas d'une *lymphangite* ou d'une *phlébite* ordinaire ? Cela est très difficile. Les circonstances dans lesquelles se trouve le malade sont, en pareil cas, d'un grand secours. Si ces attaques se multiplient, et si, après chacune d'elles, il reste une altération de la peau et des tissus sous-jacents, le diagnostic devient au contraire très aisé. La *phlegmasia alba dolens*, qui, comme nous l'avons vu, est le résultat de l'oblitération des veines, doit nécessairement se rapprocher, par quelques caractères, de l'éléphantiasis des Arabes ; mais il suffit de considérer que tout d'abord cet œdème douloureux acquiert une grande intensité et occupe une grande étendue, pour s'assurer que la confusion n'est pas possible de la part d'un observateur attentif. C'est pourquoi je n'insiste pas davantage sur ce diagnostic.

Pronostic. J'ai déjà dit que l'éléphantiasis des Arabes est ordinairement une affection très rebelle ; elle est sérieuse à cause des infirmités qu'elle occasionne.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de cette affection ne demande pas de grands développements. M. Rayer l'ayant très bien résumé dans son ouvrage (1), je vais lui emprunter presque tout ce que je me propose d'en dire.

« Les symptômes inflammatoires observés dans la première période de l'éléphantiasis des Arabes doivent, dit M. Rayer, être combattus par les *applications émollientes*, les *bains tièdes* et les *émissions sanguines ;* les craintes que l'on a suggérées contre l'emploi de la saignée ne sont pas fondées. Je l'ai employée avec succès dans les accès, dont elle abrége la durée et l'intensité. Dans la période chronique, la saignée a été suivie d'un soulagement au moins momentané, lorsque les malades se plaignent d'un sentiment de tension douloureux dans les membres affectés. J'ai aussi obtenu d'heureux effets des saignées locales au pli de l'aine ou au creux du jarret, des aisselles, etc. La partie affectée, placée autant que possible dans une position qui facilite le retour du sang vers le cœur, doit être couverte de cataplasmes émollients, ou enveloppée de flanelles imbibées de *décoctions adoucissantes et narcotiques.* Si le gonflement s'est développé sur un des membres abdominaux, le malade doit *garder le lit pendant quelques semaines.*

» Les *émétiques* et les *purgatifs* ont été administrés à cette période avec des succès variés ; je les emploie rarement.

» On a beaucoup vanté les effets antispasmodiques de l'*oxyde de zinc sublimé*, à la dose 8 de grains (0,40 grammes par jour). Hendy assure que ce remède calme les vomissements et les anxiétés qu'éprouvent les malades lors des exacerbations périodiques de l'éléphantiasis. Plusieurs médecins de l'île Barbade, frappés de la fréquence des vomissements pendant les accès, ont cru nécessaire de les favoriser et même de les provoquer. Le docteur Hendy s'est élevé contre cette pratique.

» Chez les femmes, la grossesse est une circonstance très défavorable. Une jeune fille des environs du Havre, s'étant mariée contre mon avis, est devenue trois fois enceinte ; à la suite de chaque grossesse, le membre abdominal droit, atteint d'éléphantiasis, s'est énormément tuméfié.

» On est parvenu à guérir un assez grand nombre de malades à l'aide de la

(1) *Traité des malad. de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 827.



compression seule ou combinée avec d'autres moyens. Cette méthode a complétement réussi à Bayle et à M. Alard, chez un de leurs malades atteints de l'éléphantiasis depuis douze ans...

» J'ai obtenu moi-même, par cette méthode, des guérisons inespérées. Elle est surtout applicable aux cas d'éléphantiasis des membres constitués par une hypertrophie du tissu cellulaire sans infiltration de sérosité...

» La compression seule suffit dans le plus grand nombre des cas; les *scarifications* me semblent aujourd'hui d'une application assez rare. Lorsqu'on croit devoir les pratiquer, elles doivent être faites à une assez grande distance les unes des autres, afin que les cercles inflammatoires, qui peuvent se développer autour d'elles, ne se réunissent pas. Ordinairement l'inflammation, produite par vingt ou trente scarifications d'un demi-pouce à un pouce, pratiquées sur un membre, est peu considérable; si elle acquérait quelque intensité, il faudrait la combattre par les saignées locales et générales, et par les applications émollientes et narcotiques fraîches. Avant de faire de nouvelles scarifications, il faudrait attendre que les premières fussent cicatrisées.

» Plusieurs médecins ont recommandé l'application de *vésicatoires* et de *cautères* sur les parties affectées de l'éléphantiasis, espérant que l'issue d'une certaine quantité de sérosité contribuerait à diminuer le volume des organes malades. J'ai couvert de vésicatoires volants les membres atteints de cette affection, sans obtenir aucun avantage de ces tentatives.

» Les essais faits avec les *préparations arsenicales* ne doivent plus être répétés.

» Après leur guérison, les malades affectés d'éléphantiasis des membres abdominaux doivent s'assujettir à porter un *bas lacé* ou un *bandage compressif*, surtout lorsque plusieurs veines sont variqueuses. »

A ces moyens, il faut joindre l'emploi des *frictions résolutives* et des *douches de vapeur*, recommandées par M. Cazenave; ces moyens doivent être unis à la compression. Quant à l'*extrait d'aconit* donné à l'intérieur, il a été administré par Biett; mais, ainsi que le fait remarquer M. Cazenave, nous ne connaissons aucun fait qui prouve parfaitement son efficacité.

A peine est-il nécessaire de mentionner l'*amputation des parties affectées*. Cette opération ayant été pratiquée en désespoir de cause, on a vu le mal récidiver, et dès lors tout le monde a dû y renoncer.

ARTICLE III.

PELLAGRE.

J'ai déjà dit quel intérêt nouveau la pellagre a pris pour nous dans ces dernières années. En Italie et en Espagne, on l'observait déjà depuis un siècle, que nous n'en avions encore aucune connaissance bien positive. On a vu, dans l'ouvrage de Ramazzini (1), une première indication de cette affection, sous le nom de *mal del padrone;* mais c'est en réalité à Gaspard Casal, médecin des Asturies, dont les recherches furent signalées au monde médical par Thiery (2), qu'on doit rapporter

(1) *Malad. des artisans*, trad. par Fourcroy. Paris, 1777.

(2) *Rec. périod. de méd. et de chir.* Paris, 1755, t. II, p. 337. — *Observ. de méd. faites en Espagne.* Paris, 1791, t. II, p. 109.

l'honneur de l'avoir distinguée et fait nettement connaître. Plus tard, en Italie, Frapolli (1) en fit une étude particulière, et fixa sur elle l'attention des médecins. Aussi, dès ce moment, commencèrent à paraître de nombreux écrits, parmi lesquels il faut mettre en première ligne celui de Strambio (2). Malgré ces recherches, on peut dire que nous n'avions encore, en France, sur la pellagre, que des données assez vagues, lorsque parurent les observations intéressantes de M. Brierre de Boismont (3), bientôt suivies de celles de M. Th. Roussel (4), qui, ayant découvert à l'hôpital Saint-Louis un cas de pellagre, en signala l'existence, et, dès ce moment, étudia la maladie avec ardeur. Dans les provinces méridionales de la France de nouveaux renseignements furent pris, et l'on sut que, depuis un assez grand nombre d'années, ce mal y était connu; enfin, M. Baillarger (5) nous a fait connaître ses recherches, et d'autres cas semblables à celui que M. Roussel avait observé d'abord furent reconnus et observés dans les hôpitaux de Paris. C'est à l'aide de ces divers documents que je vais étudier la pellagre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une définition de la pellagre qui ne soit pas sujette à contestation. On n'est pas, en effet, encore suffisamment d'accord sur l'importance des principaux traits de l'histoire de cette maladie, et l'on chercherait vainement des expressions qui pussent satisfaire toutes les opinions. Si même j'ai placé la pellagre parmi les maladies de la peau, c'est plutôt pour suivre un usage depuis longtemps consacré, que dans la croyance que la lésion cutanée est la principale dans cette maladie complexe. Je la décris ici, parce que c'est la place où on la cherchera d'abord.

Il résulte de ce que je viens de dire, que la pellagre ne peut être définie que par une courte description de ses symptômes. Je l'emprunte à l'ouvrage de MM. Cazenave et Schedel (6), dans lequel cette maladie a été décrite avec beaucoup de soin d'après des recherches multipliées et récentes : « On désigne sous le nom de *pellagre* une diathèse particulière de l'économie, dont les caractères pathognomoniques sont des lésions fonctionnelles variées, tant des voies digestives que de l'axe cérébro-spinal, et la desquamation, couleur chocolat plus ou moins foncée, de l'épiderme des parties exposées aux rayons du soleil du printemps, desquamation assez souvent précédée d'un érythème plus ou moins vif, mais toujours éphémère, et cessant dès que les parties sont soustraites aux rayons solaires. Très variables sous le point de vue de leur intensité, les signes caractéristiques de la pellagre ne le sont pas moins sous celui de leur apparition, se montrant tantôt isolés et tantôt réunis, débutant par les voies digestives ou par le système nerveux. »

La pellagre, très fréquente dans certains pays méridionaux, surtout dans la Lombardie, est inconnue dans le reste du monde. Nous verrons plus tard quelles sont les explications qu'on a données de cette prédilection pour quelques contrées

(1) *Animad. in morb. vulgo pellagr. med.*, 1771.
(2) *De pellagr. obs. med.*, 1790.
(3) *De la pellagre et de la folie pellagr.* Paris, 1834.
(4) *De la pellagre.* Paris, 1845, in-8. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 929.
(5) *De la paralysie pellagreuse* (*Mémoires de l'Académie de méd.*, Paris, 1848, t. XIII, p. 708).
(6) *Abrégé prat. des malad. de la peau*, 4ᵉ édit., 1847, in-8.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il n'est aucun *âge* qui soit à l'abri de la pellagre ; on a même cité des cas dans lesquels la maladie se serait développée pendant la vie intra-utérine. Son *hérédité* est admise par tous les auteurs. On la rencontre dans certains pays, tels que la Lombardie, les Asturies et quelques contrées méridionales de la France. Quelques auteurs ont invoqué l'influence du *climat* et de la conformation du sol ; mais M. Roussel, rassemblant les faits, a fait voir que la maladie se développe dans les conditions climatériques les plus opposées, et cette opinion ne peut par conséquent être admise. Je ne ferai que mentionner les *accouchements nombreux*, l'*allaitement trop prolongé*, les *chagrins*, etc., parce que ces circonstances, qui doivent naturellement se rencontrer dans les populations semblables à celles qui sont affectées de la pellagre, n'ont pas été convenablement étudiées, et que rien ne démontre leur influence. Telles sont les principales causes prédisposantes signalées par es auteurs. Nous allons voir tout à l'heure jusqu'à quel point on doit admettre leur existence.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, il n'en est pas à qui on ait fait jouer un plus grand rôle qu'à l'*insolation ;* cela tient à l'influence qu'ont les rayons solaires sur l'état de la peau, principalement au printemps. Cette influence, étant des plus frappantes, a dû tout d'abord attirer l'attention des médecins qui voyaient dans les symptômes cutanés les phénomènes principaux de la maladie; mais l'affection ayant été plus complétement étudiée, on a bientôt vu que, outre l'état morbide de la peau, et même en son absence, il y a des symptômes graves qui font de cette affection toute autre chose qu'une simple maladie cutanée, et dès lors l'insolation a dû être regardée seulement comme la cause déterminante de certains phénomènes locaux, et non comme celle de la maladie tout entière.

On a encore invoqué l'usage d'*aliments indigestes*, mal cuits, de mauvaise qualité, contenant une trop faible quantité d'azote; en un mot, d'une *nourriture malsaine et insuffisante*. Ces causes ont-elles réellement l'effet qu'on leur attribue? C'est ce que nous rechercherons tout à l'heure.

Il est une autre opinion récemment émise, qui mérite de nous arrêter un instant. Le docteur Balardini, dans un travail justement estimé sur la pellagre, a établi que la cause unique de cette affection est l'*usage habituel du maïs*, surtout lorsque cette graine est altérée par la présence d'un fongus parasite auquel ce médecin a donné le nom de *sporisorum maidis*. Je ne rapporterai pas ici les preuves nombreuses et parfaitement déduites, à l'aide desquelles M. Balardini a étayé son opinion ; elles ont été reproduites avec beaucoup d'habileté par M. Roussel, qui y a joint des recherches très intéressantes sur les progrès de la pellagre, comparés à ceux de la culture du maïs, à la maturité plus ou moins grande de cette substance dans les contrées où elle est employée presque exclusivement à la nourriture des habitants, et, par suite, à son plus ou moins grand degré d'altération. Or cet auteur est arrivé à cette conclusion, que la pellagre est la conséquence ordinaire de l'introduction de la culture en grand du maïs dans une contrée, et que ceux qui en

sont affectés se nourrissent presque exclusivement de cette graine. M. le docteur Casaban (1) a cru pouvoir également rattacher à l'usage du maïs de mauvaise qualité le développement de la pellagre dans les Landes.

A cela on a répondu que dans quelques cas, dont plusieurs ont été rapportés par Strambio, les symptômes de la pellagre se sont montrés d'une manière évidente, bien que les sujets n'eussent fait aucun usage immodéré du maïs; et dans les faits qui ont été observés dans Paris même par M. Roussel, on n'a pas pu constater d'une manière évidente l'existence de cette cause. Ainsi M. Devergie (2) a cité un cas de pellagre dans lequel l'alimentation plus ou moins exclusive par le maïs n'a pas été constatée, et M. Marrotte a lu, à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un sujet qui n'avait pas été davantage soumis à cette cause. Enfin M. Landouzy (3) en a observé un cas à Reims, chez une femme qui n'avait été soumise à aucune des conditions regardées par les auteurs comme cause de cette maladie. Faut-il en conclure, avec plusieurs auteurs, que MM. Balardini et Roussel se sont trompés? Je ne le pense pas : il y a un rapport trop évident et trop constant entre l'extension de la culture du maïs et celle de la maladie pour qu'on puisse avoir des doutes à cet égard; seulement on peut admettre que, dans certaines circonstances rares, l'influence des diverses autres causes mentionnées plus haut, et principalement des aliments trop faiblement azotés, peut donner lieu aux mêmes résultats que l'alimentation par le maïs. Du reste, M. Roussel, qui s'est déjà occupé avec tant d'ardeur de cette question, s'est rendu en Espagne, afin de réunir des faits propres à l'éclairer complétement, et son habileté bien connue doit nous faire espérer que ce but sera parfaitement atteint.

J'ai cru devoir insister sur ce point d'étiologie, parce qu'il intéresse au plus haut degré l'hygiène publique, et qu'on ne saurait trop s'appesantir sur ces questions qui touchent à la santé et à l'existence de populations entières.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, les auteurs ont suivi des divisions diverses. Frapolli, et après lui un grand nombre d'autres observateurs, admettaient trois périodes distinctes. D'autres divisent la maladie en trois années, parce que, dans un grand nombre de cas, il y a trois attaques distinctes qui ont lieu au printemps; d'autres enfin admettent trois degrés.

Strambio a rejeté ces divisions. MM. Cazenave et Schedel, se fondant sur ce que, dans un bon nombre de cas, il n'y a pas de périodes distinctes, la maladie étant continue, sur ce que les dernières attaques de la pellagre peuvent être moins violentes que la première, et enfin sur ce que, fréquemment, il faut plus ou moins de trois années pour que la maladie suive son cours, ont adopté la manière de voir de Strambio, qui, pour les mêmes raisons, me paraît devoir être suivie. L'auteur italien distingue trois formes de cette affection, suivant qu'elle est *intermittente*, *rémittente* ou *continue*. J'en dirai quelques mots quand je m'occuperai de la marche de la maladie.

(1) *Rech. et observ. sur la pellagre dans l'arrondissement de Saint-Sever* (*Landes*). Thèse. Paris, 1848.
(2) *Compte rendu de la Société médic. du 2e arrondissement* (*Union méd.*, 20 juin 1850).
(3) *Séances de l'Acad. de méd.*, 26 août 1852.



Début. Il est très rare que la pellagre s'annonce par l'altération de la peau. Il n'est même pas parfaitement démontré que cette altération ait jamais été le phénomène primitif offert à l'observation. Il est certains sujets qui ne la présentent pas et qui ont déjà depuis longtemps des symptômes évidents de la maladie sans s'en douter ; c'est sans doute dans des cas semblables qu'on a cru à l'existence, dès le début, de l'affection cutanée.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, la pellagre commence par des symptômes du côté des voies digestives, parmi lesquels il faut particulièrement citer la boulimie et la diarrhée, un malaise persistant, une plus ou moins grande faiblesse, des symptômes d'anémie, etc. Il est rare de voir, au début de la maladie, les phénomènes nerveux que je signalerai plus loin.

Ces symptômes du début, qui peuvent parfaitement être rapportés à une nourriture insuffisante et malsaine, durent plus ou moins longtemps, suivant qu'ils ont apparu à une époque plus ou moins éloignée du printemps. C'est, en effet, dans cette saison que la maladie se trouve confirmée par l'apparition de l'état morbide de la peau, qui survient sous l'influence des rayons solaires devenus plus ardents.

Les symptômes qui viennent d'être décrits ont été regardés par beaucoup d'auteurs comme de simples *prodromes*. Je ne crois pas que l'examen des faits permette de se ranger à cette opinion. Il est bien plus naturel de penser qu'au moment où ils surviennent la maladie existe, et que celle-ci, imprimant à la peau une manière d'être nouvelle, la rend assez impressionnable aux rayons solaires pour qu'ils produisent les altérations qui, frappant plus vivement les esprits, ont fait donner à la maladie le nom de *pellagre*.

Symptômes de la maladie confirmée. — Parmi les symptômes de la maladie confirmée, nous trouvons d'abord ceux qui ont leur siége dans le *tube digestif*, et dont j'ai déjà dit un mot. La *boulimie* est un des caractères les plus constants de la pellagre. L'envie de manger est presque incessante ; les aliments traversent rapidement le tube digestif. A peine sont-ils ingérés, que les évacuations alvines ont lieu, et que la faim renaît.

La *diarrhée* est un symptôme presque constant. Les selles sont abondantes, très liquides, jaunes, vertes ou noirâtres. Parfois il y a des évacuations sanglantes. Dans un petit nombre de cas, au contraire, il y a une *constipation* opiniâtre ; mais encore, dans ces cas, voit-on à certaines époques, et surtout vers la fin de la maladie, la diarrhée se déclarer. Les *vomissements* sont infiniment plus rares, et très peu de sujets offrent quelques symptômes du côté de l'estomac.

Les *lèvres* présentent une coloration particulière ; c'est une *lividité* sur laquelle Strambio a beaucoup insisté. Elles sont en même temps arides et gercées. La muqueuse buccale est généralement pâle, et assez souvent on y trouve des excoriations plus ou moins étendues. Dans un certain nombre de cas cités par les auteurs, les malades se plaignaient d'un goût salé à la bouche ; ils avaient de la salivation.

Ces phénomènes ont lieu lorsqu'il n'existe pas de mouvement fébrile violent. Nous verrons plus loin ce qui survient lorsque la fièvre se déclare.

Altération de la peau. Non seulement ces troubles digestifs peuvent se montrer longtemps avant l'apparition de l'altération cutanée, mais encore on les voit persister, alors que cette altération de la peau a disparu pour reparaître plus tard, c'est-à-dire qu'ils existent même pendant l'hiver.

L'affection cutanée, au contraire, a cela de remarquable, que d'abord elle se montre d'une manière intermittente, et qu'elle prend son accroissement sous une influence bien connue, ainsi qu'on va le voir par la description suivante que j'emprunte à MM. Cazenave et Schedel (1) : « C'est toujours, disent-ils, aux parties les plus habituellement exposées aux rayons solaires qu'elle se montre ; ainsi elle affecte de préférence le dos des mains et la partie externe de l'avant-bras, quelquefois jusqu'au coude, le dos des pieds et la partie inférieure et antérieure des jambes, la partie supérieure et antérieure du thorax, parfois le front et les parties latérales des joues. Le plus fréquemment la pellagre s'annonce sur ces points par la simple desquamation de l'épiderme, qui noircit, prend une couleur chocolat plus ou moins foncée, se dessèche et se détache, sans qu'il advienne ni inflammation ni rougeur. C'est une sorte de pityriasis sans démangeaisons prononcées, sans douleur aucune ; c'est un travail morbide qui se passe dans le corps muqueux, ou plutôt dans l'appareil blennogène de la peau, avec altération du pigment. D'autres fois il y a, au contraire, érythème plus ou moins prononcé, surtout lorsque le soleil a agi avec force, et que les malades ont persisté à s'y exposer ; quelquefois même cette inflammation devient presque érysipélateuse, et des phlyctènes ou bulles remplies de sérosité jaunâtre se forment comme dans une brûlure. Il y a, dans ces cas, une sensation de vive cuisson, qui persiste avec l'inflammation, laquelle ne tarde pas à disparaître peu à peu, dès que les parties sont soustraites à l'action du soleil. Mais la desquamation noirâtre de l'épiderme la remplace, et c'est elle qui, frappant l'observateur, donne à l'affection cutanée de la pellagre lombarde une physionomie si caractéristique. Assez souvent c'est en demi-cercles ellipsoïdes que l'éruption est disposée, offrant au bord inférieur de chaque bande une coloration d'un brun foncé qui tranche avec la couleur plus claire de l'épiderme qui vient immédiatement après ; des cas nous ont été cités où ces demi-cercles ellipsoïdes se succédaient sur la partie postérieure de l'avant-bras jusqu'auprès du coude.

» Dans les premiers temps de la maladie, l'érythème, même alors qu'il a été très prononcé, disparaît sans laisser de traces : l'épiderme, noirci, se détache, et la peau reparaît avec sa couleur ordinaire. Mais il n'en est plus de même lorsque ces points ont été plus ou moins le siége de la desquamation pellagreuse. La peau alors y paraît amincie, sa surface y est luisante, et a été comparée, avec raison, à celle que présenterait la cicatrice d'une brûlure très superficielle ; souvent même sur cette surface on voit des plaques irrégulières où le derme offre une couleur brune plus ou moins foncée ; cependant, au toucher, tout est souple. Les cas où la peau vient à s'épaissir, à devenir calleuse et à se sillonner de crevasses, doivent être bien rares ; car Gaetano Strambio n'a jamais rencontré un tel état de la peau chez les pellagreux durant une pratique de plus de trente années, et les médecins du grand hôpital de Milan, que nous avons interrogés à ce sujet (juin 1846), nous ont assuré qu'ils ne l'avaient jamais vu. »

Ainsi que je l'ai dit plus haut, ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette éruption, c'est qu'elle se montre particulièrement au printemps, dès que les individus s'exposent aux rayons solaires, et, d'un autre côté, qu'elle n'est pas en rapport avec la violence des symptômes internes, de telle sorte que, chez certains

(1) *Loc. cit.*, p. 493.

sujets, elle existe au plus haut degré avec des phénomènes généraux peu intenses, et *vice versâ*.

Symptômes nerveux. Les principaux constituent ce que l'on a appelé la *folie pellagreuse*. Les malades sont tristes, abattus, ils éprouvent des craintes exagérées ; ils ont des idées délirantes. On a cité un bon nombre de cas dans lesquels ils avaient une grande tendance au suicide. Il est assez fréquent d'en voir se donner *la mort par immersion*, et Strambio a surtout insisté sur ce penchant. M. Brierre de Boismont, dont les observations sur ce point sont très intéressantes, a remarqué qu'un très grand nombre de sujets atteints de la folie pellagreuse sont invinciblement portés à tuer leurs enfants par strangulation ou par immersion, et que beaucoup ont une exaltation religieuse. On n'est pas d'accord sur la fréquence de ces aberrations de l'intelligence ; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les hôpitaux, le nombre des fous pellagreux est grand.

Même lorsqu'ils conservent leur raison, la plupart des malades présentent des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vision, de la céphalalgie, des douleurs rachidiennes, des crampes, des convulsions, des mouvements involontaires ; la marche précipitée et involontaire en avant ; la faiblesse des membres inférieurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie ; en un mot des symptômes graves et variés, dont le siége se trouve aussi bien dans les nerfs du mouvement que dans ceux du sentiment.

Ces symptômes sont loin de se rencontrer tous réunis chez chaque malade, mais on en observe presque toujours un certain nombre. Quant à leur intensité, elle varie chez les divers sujets, et aussi aux diverses époques de la maladie. Il est très fâcheux que ces différents points de l'histoire de la pellagre n'aient pas encore été étudiés avec toute la rigueur nécessaire et de manière qu'on puisse savoir quelle est leur fréquence réelle et quel est leur degré de valeur. On s'est, jusqu'à présent, contenté d'une appréciation générale.

M. Cazenave fils (1) a cité 3 cas dans lesquels la pellagre se déclara chez des aliénés non soumis aux causes ordinaires de cette affection ; chez l'un d'eux, l'aliénation mentale était héréditaire ; aussi ce médecin en conclut à un rapport direct entre l'aliénation mentale et la pellagre.

On a encore signalé comme symptômes de la pellagre, mais sans que nous puissions dire dans quelle proportion des cas, les troubles de la respiration, le *catarrhe chronique*, la *phthisie pulmonaire*, la *laryngite ulcéreuse chronique*. Chez un certain nombre de sujets, on remarque l'*ardeur de l'urine ;* quelques uns ont des *désirs vénériens* immodérés au début de la maladie ; tous présentent, au contraire, une diminution marquée de ces désirs vers la fin. La *menstruation* n'est ordinairement remarquable que par son peu d'abondance ; quelquefois, au contraire, il y a *métrorrhagie*. Le *pouls* est lent et faible, jusqu'à ce que la fièvre s'allume ; enfin, on note parfois une complication de *scorbut*. La multiplicité de ces symptômes éloigne évidemment l'idée d'une simple affection cutanée, car les lésions locales sont trop bornées pour les produire.

A une époque avancée, un *mouvement fébrile*, souvent intense, se manifeste ; la langue se sèche, les symptômes digestifs augmentent ; il y a *chaleur de la peau*,

(1) *Union méd.*, 19 juillet 1851.

délire, etc. C'est cet état qu'on appelle *typhoïde*, bien qu'il n'y ait rien qui rapproche la maladie de la fièvre de ce nom.

§ IV. — **Marche, durée, terminaison de la maladie.**

La marche de la pellagre est généralement chronique avec des exacerbations qui surviennent ordinairement au printemps, et qui portent principalement sur l'affection cutanée, ainsi que je l'ai dit plus haut. Cependant on observe quelquefois des cas dans lesquels la maladie est continue, et qui ont un certain caractère d'acuité. La *durée* est ordinairement de plusieurs années, et l'on voit un certain nombre de malades qui vivent longtemps avec cette affection. Le suicide vient assez fréquemment abréger cette durée. La mort est la *terminaison* ordinaire chez les sujets qui ne sont pas soustraits assez promptement aux mauvaises influences hygiéniques signalées plus haut. Dans le cas contraire, il y a lieu d'espérer la guérison; les auteurs italiens et espagnols nous en fournissent d'assez nombreux exemples.

§ V. — **Lésions anatomiques.**

Les altérations anatomiques qu'on rencontre chez les sujets qui ont succombé dans la période extrême de la maladie sont des lésions chroniques des voies digestives et de leurs annexes, telles que l'ascite, le ramollissement et la couleur noire de la muqueuse de l'estomac et des intestins; des altérations de l'encéphale, comme le ramollissement, l'induration du cerveau, l'injection des méninges, des épanchements séreux dans les ventricules; des lésions analogues dans le rachis; enfin, les tubercules pulmonaires, les ulcérations du larynx et de la trachée, etc. Je n'insiste pas sur ces lésions, parce que, de l'aveu de tous les auteurs, il n'en est aucune qui soit caractéristique. Quant aux altérations de la peau, elles ont été indiquées dans la description des symptômes.

§ VI. — **Diagnostic, pronostic.**

On ne pourrait confondre la maladie qui vient d'être décrite qu'avec l'*acrodynie* qui a été observée à Paris en 1828. Voici comment MM. Cazenave et Schedel tracent le diagnostic différentiel de ces deux affections : « Dans l'acrodynie, disent-ils, l'érythème persistait, les douleurs étaient très vives, tandis que l'érythème pellagreux n'est que l'indication d'un état cachectique particulier de la constitution; les malades ne souffrent pas, ou, s'ils en sont tourmentés, c'est seulement pendant les premiers jours... Dans l'acrodynie, l'insolation ne jouait aucun rôle; la paume des mains et la plante des pieds se dépouillaient encore plus que le dos de ces parties, et la sensibilité du derme mis à nu était fréquemment augmentée à un point extrême. » Nous avons vu plus haut combien les phénomènes sont différents dans la pellagre. Ces caractères sont suffisants pour établir le diagnostic.

Pronostic. La pellagre est toujours une maladie grave. Elle le devient de plus en plus lorsque les malades ne sont pas soustraits aux mauvaises conditions hygiéniques. Les altérations cérébrales, la folie, rendent le pronostic très fâcheux.

§ VII. — **Traitement.**

Il y a deux choses à considérer dans le traitement de la pellagre. La plus importante, sans contredit, est celle qui consiste à détruire la maladie dans les populations. Si, comme le pense le docteur Balardini, et comme il y a lieu de l'admettre

d'après les recherches de cet auteur et de M. Roussel, c'est à la nourriture exclusive par le maïs, et surtout par le maïs altéré, qu'il faut attribuer la pellagre endémique, il est évident qu'on devra prendre des mesures pour rendre cette alimentation moins exclusive, et pour remédier à la mauvaise qualité de l'aliment. M. Roussel pense qu'un certain degré de torréfaction de la graine, avant de la renfermer pour la conserver, peut être fort utile ; quant aux mesures administratives, ce n'est pas ici le lieu de les indiquer. Quant aux cas isolés, comme ils résultent, selon toutes les apparences, de la transgression des règles de l'hygiène générale, c'est à rendre cette hygiène meilleure qu'il faut s'attacher.

Mais les médecins sont appelés à traiter des individus affectés de la pellagre. Quels sont alors les moyens qu'il convient de mettre en usage? Le résumé suivant de MM. Cazenave et Schedel, auquel il serait inutile d'en substituer un autre, répond parfaitement à cette question :

« Dans les campagnes de la Lombardie, on ne s'occupe du traitement de la pellagre que lorsque des accidents graves se manifestent. On se contente de donner une *meilleure nourriture* à ceux de la famille qui en paraissent menacés ; de leur faire boire du *vin*, et de remplacer la *polenta* de maïs par du *pain de froment* et de la *viande ;* et le but est, en général, atteint. Vers la fin de mai et en juin, beaucoup d'habitants de la campagne viennent prendre les *bains* au grand hôpital de Milan, où ils séjournent et se baignent pendant quinze à vingt jours, faisant meilleure chère qu'à la maison ; puis ils font place à d'autres.

» Comme traitement hygiénique, l'*hydrothérapie* serait probablement très utile, d'autant plus que, convenablement appliquée, cette méthode donnerait du ton à la peau et à toute l'économie, en même temps qu'elle solliciterait l'action cutanée. Le simple changement de nourriture amène souvent les meilleurs résultats, et ce fait vient à l'appui des expériences de M. Magendie, qui ont fait assez connaître quels effets nuisibles peut produire un seul et même genre d'alimentation exclusivement et longtemps continué.

» Il ne paraît pas que le vin et le régime animal soient indispensables, puisque Margari a vu, chez des individus entrés avec des symptômes de pellagre dans les prisons, une amélioration notable survenir, alors que leur nourriture consistait en pain de froment avec de l'eau. Frapolli, qui avait posé en principe que la pellagre provenait de la suppression de la transpiration sur les parties affectées, et que la viande était nuisible dans ces maladies, reconnaissant cette cause pour point de départ, Frapolli, disons-nous, obtenait des succès marqués, tout en *s'abstenant du régime animal.*

» Mais le traitement hygiénique ne suffit pas pour combattre les symptômes graves de la pellagre, qui souvent réclament des moyens énergiques. Ces accidents sont ou nerveux ou congestifs, et souvent l'un et l'autre ; aussi est-il certain que les *évacuations sanguines locales et générales*, et l'emploi des *antispasmodiques*, des *opiacés* réunis aux *toniques*, sont d'une utilité pratique reconnue. Quelques praticiens blâment énergiquement et rejettent absolument la saignée, soit locale, soit générale, dans la pellagre ; mais comme ce moyen dissipe assez promptement les accidents congestifs qui, dans cette affection, simulent l'inflammation franche, et qu'il importe de combattre, on y a souvent et utilement recours. Il serait d'ailleurs difficile de lui substituer un autre moyen pour obtenir le même résultat,

l'hydrothérapie n'étant pas du goût de chacun, et n'étant pas toujours d'une application facile.

» Le traitement de ces divers accidents est donc à peu près le même que celui des diverses affections gastro-intestinales, méningo-encéphalites, entéro-méningites, entéro-myélites, etc., à la condition toutefois de se rappeler que l'on n'a pas affaire à des inflammations franches, mais bien de nature pellagreuse. Aussi les *boissons adoucissantes*, les *lavements amidonnés*, les *opiacés*, les *émulsions*, les *fomentations*, sont souvent utiles et nécessaires.

» Quant à l'affection cutanée, les *bains simples de* 25 *à* 26 *degrés Réaumur*, et les *fomentations émollientes*, en cas d'irritation un peu vive, sont tout ce qu'elle réclame : l'utilité des premiers est telle, que beaucoup de praticiens les considèrent comme la base de tout traitement de la pellagre, pourvu que les forces des malades permettent d'y avoir recours ; mais, ainsi que Gaetano Strambio le remarque, on se gardera bien de regarder les bains comme l'unique et le principal remède contre cette maladie. »

ARTICLE IV.

ACRODYNIE.

Si je n'ai dû placer la pellagre dans les maladies cutanées qu'après avoir expliqué les motifs qui m'ont fait agir ainsi, à plus forte raison dois-je le faire à propos de l'acrodynie, dans laquelle l'affection cutanée joue généralement un rôle plus secondaire encore. Mais on est dans la plus grande incertitude relativement à la nature de cette maladie ; aucune des opinions qu'on a émises à ce sujet ne peut supporter un examen rigoureux, et, dans cette incertitude, j'ai cru pouvoir rapprocher l'acrodynie de la pellagre, avec laquelle elle a une certaine analogie. C'est, du reste, ce qu'avait déjà fait M. Rayer (1), qui a rangé cette affection parmi les *maladies pellagreuses*.

L'acrodynie a été observée à Paris depuis le mois de juin 1828 jusque vers le milieu de l'hiver de 1829 à 1830. Avant cette époque, on ne trouvait aucune trace de son existence en France ; mais dans d'autres pays, et surtout en Allemagne, on avait vu assez souvent apparaître une affection semblable, à laquelle on avait donné des noms différents que j'indiquerai plus loin. Ces affections sont-elles identiques? C'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé ; mais il est certain qu'elles ont beaucoup de caractères communs, et qu'elles se sont manifestées, dans les nombreuses contrées où on les a observées, sous forme épidémique. Parmi les auteurs allemands qui ont écrit sur l'affection épidémique convulsive, assez fréquente dans leur pays, je citerai Schwenckfeld (2), Wolf (1717), F. Hoffmann (3), Müller (4), etc. ; et parmi les médecins français qui ont étudié l'épidémie de 1828, je mentionnerai particulièrement MM. Chomel, Cayol, Genest (5), Dalmas (6), Dezeimeris (7), et Dance (8).

(1) *Traité des malad. de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 890.
(2) *Bericht von der Krampsucht*, etc., 1577.
(3) *Opera omnia medica*, t. III.
(4) *Act. med.* Berlin, t. VI.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 332.
(6) *Journ. hebdomad. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 331.
(7) *Journ. gén. des hôpitaux*.
(8) *Dict. de méd.*, t. I, art. ACRODYNIE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est extrêmement difficile de donner une bonne définition de l'acrodynie. Non seulement, en effet, nous ne pouvons exprimer sa nature, mais encore il y a eu trop de variations dans les divers cas qui se sont présentés et dans la physionomie de la maladie, suivant les localités, pour qu'il soit possible de donner en peu de mots tous ses principaux caractères. Je me contenterai d'indiquer les suivants : Engourdissements, fourmillements, douleur des extrémités, parfois contracture, éruptions diverses, altération de l'épiderme, troubles digestifs marqués, tels sont les principaux symptômes de la maladie.

Si l'on admet que l'affection dont nous allons nous occuper est identiquement la même que celle qui a été décrite par les auteurs allemands, on doit en chercher la description dans ces auteurs sous les noms de *Krampsucht*, *Kornstaupe*, *Kriebelkrankheit*, *morbus spasmodicus malignus*, *epidemicus*, *convulsivus*, *morbus cerealis*. Par la plupart de ces dénominations, on voit qu'on a attribué assez généralement, en Allemagne, la maladie à une altération des céréales, et c'est là un trait de ressemblance entre cette affection et la pellagre, que M. Roussel a très bien fait ressortir ; mais je vais revenir sur ce point.

§ II. — Causes.

Tous les auteurs conviennent que les causes de l'acrodynie ne sont pas connues. On a attribué la maladie à l'usage de divers *aliments* et de diverses *boissons ;* mais il a été facile de faire sentir combien cette manière de voir était peu fondée, puisqu'à Paris la maladie a sévi sur des sujets qui avaient une nourriture très différente, et que d'autres en grand nombre, dont la nourriture était la même, ont été atteints ou épargnés, suivant les localités où ils se trouvaient. C'est ce qui a été surtout remarquable chez les militaires, certaines casernes présentant un assez grand nombre de malades pour qu'on fût obligé de les évacuer, et d'autres n'en ayant aucun. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence de l'*encombrement*, de l'*altération de l'air*, de l'*humidité des habitations*. Quoique l'affection n'ait épargné aucun *âge* et aucun *sexe*, elle s'est montrée plus souvent chez les adultes et chez les hommes que chez les enfants et chez les femmes. Rien n'a démontré qu'elle fût contagieuse.

Le seul fait un peu important relativement à l'étiologie, c'est que la maladie s'est montrée dans des années où les étés ont été remarquables par leur humidité et le peu d'élévation de la température. Mais doit-on accuser l'influence prolongée de ces *saisons* sur l'économie animale ? ou faut-il admettre que, dans ces années, les céréales n'ayant pas atteint le degré de maturité convenable, l'alimentation a été malsaine et insuffisante ? Si l'exactitude de cette dernière opinion était démontrée, on aurait une raison de plus de rapprocher l'acrodynie de la pellagre. Nous avons vu plus haut que les auteurs allemands professent cette manière de voir, mais la démonstration est loin d'être complète.

§ III. — Symptômes.

En général, les premiers symptômes qui se manifestaient dans l'épidémie de

Paris étaient un *engourdissement* et des *fourmillements* incommodes aux pieds et aux mains. Chez quelques sujets il y avait, dès les premiers temps, des *élancements* véritables dans ces parties; mais, en général, ce dernier symptôme se montrait à une époque plus avancée. Il était rare que ces sensations, plus ou moins douloureuses, existassent ailleurs qu'aux extrémités; dans quelques cas seulement, les membres en étaient atteints à une certaine hauteur, et quelques sujets les ont éprouvées dans toutes les parties du corps.

On a aussi observé des altérations du *tact* et du *toucher*. Certains malades ne pouvaient toucher le corps le plus doux sans éprouver une sensation pénible, comme s'ils touchaient des corps raboteux; d'autres, en mettant le pied sur le sol, croyaient marcher sur un corps mou; d'autres encore avaient perdu la sensibilité tactile au point de ne pas s'apercevoir que les corps qu'ils croyaient tenir leur avaient échappé, ou qu'ils avaient perdu leur chaussure. Je n'insiste pas sur ces aberrations du toucher, qui étaient assez variables, et dont il est facile de se représenter les diverses variétés.

En outre, on remarquait des lésions de la *motilité*. C'est ainsi qu'un certain nombre de sujets présentaient de la *contracture*, des *spasmes des muscles*, des *crampes*, des *tressaillements*. Les *convulsions* se montrent d'une manière particulière dans le *morbus cerealis* des Allemands, ce qui a fait donner, par beaucoup d'auteurs, à cette maladie, le nom de *morbus convulsivus*. Mais, comme plusieurs ont fait entrer dans leur description l'histoire de l'*ergotisme*, il y a quelque confusion sur ce point.

Les *mouvements* devenaient fréquemment si difficiles, que les malades ne pouvaient plus se servir de leurs doigts, et la paralysie des extrémités inférieures était souvent telle, qu'ils ne pouvaient marcher qu'en traînant par terre la pointe du pied. Ces diverses altérations de la motilité (contracture, crampes, paralysie) étaient loin de se montrer isolément; on les voyait, au contraire, habituellement se succéder chez le même sujet.

Dans le cours de la maladie on voyait apparaître, principalement aux pieds et aux mains, des *éruptions* de diverse nature. C'étaient des papules, des pustules, des taches cuivreuses, et même des phlyctènes ou des furoncles; enfin une *desquamation* de plus ou moins longue durée, et se renouvelant plus ou moins fréquemment. Chez plusieurs sujets on a observé des *sueurs* des pieds et des mains. A la suite de ces phénomènes, on voyait l'épiderme s'amincir, se ramollir, et parfois le corps muqueux être mis à nu. En pareil cas, la sensibilité des parties était très exaltée. Plus rarement, on a vu les mêmes altérations se montrer dans d'autres parties du corps, et M. Chomel a cité un cas dans lequel l'épiderme du mamelon s'est détaché en totalité.

Un phénomène qu'on peut regarder comme caractéristique était la *rougeur érythémateuse* des pieds et des mains, occupant les deux faces dans cette dernière partie, et bornée à la face plantaire dans les extrémités inférieures. La rougeur érythémateuse se montrait aussi dans d'autres parties du corps; et, en outre, dans un assez grand nombre de points, notamment sur l'abdomen et aux plis des articulations, on voyait apparaître une *teinte brune* ou *noirâtre* de la peau, qui n'était pas le phénomène le moins remarquable de cette singulière affection.

Dans la première période de la maladie, et parfois dès le début, on notait des

troubles variables du côté des *voies digestives*. C'était assez souvent une simple perte de l'appétit, avec une tension, une pesanteur plus ou moins marquée dans la région épigastrique; parfois des vomituritions ou des vomissements; des coliques; un *dévoiement* quelquefois considérable et alternant avec de la constipation; enfin, quelquefois des selles sanguinolentes, et même des vomissements contenant un peu de sang.

« Un *œdème*, le plus souvent partiel, mais quelquefois général, survenait, dit Dance (1), ordinairement dès le début chez la plupart des malades (les deux tiers environ). Il se remarquait principalement à la face, sur les lèvres et les joues, aux pieds et aux mains, quelquefois sur les parois abdominales, ou même dans toute l'habitude extérieure du corps, produisant alors une sorte de bouffissure générale. Cet œdème était ordinairement peu douloureux, peu considérable, ne conservait pas l'impression du doigt, et faisait peu varier la couleur de la peau, si ce n'est dans certains cas où elle semblait plus pâle ou comme tachée par des ecchymoses.......

» Fréquemment, dit le même auteur, on observait en même temps une rougeur des yeux bornée à la conjonctive oculaire ou palpébrale, quelquefois au bord libre des paupières, et accompagnée de larmoiement, de sensibilité de l'œil à la lumière, et surtout de picotements, d'élancements, ou de la sensation de graviers interposés entre les paupières, sensations imitant, par leurs variétés, celles dont les pieds et les mains étaient le siége. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces phénomènes s'observaient quelquefois sans qu'il y eût de rougeur aux yeux. »

Excepté les symptômes du côté des voies digestives, que j'ai décrits plus haut, on n'observait pas de *phénomènes généraux* bien notables. Une *fièvre légère* dans quelques cas, plus forte lorsque les symptômes digestifs acquièrent une grande intensité; une *insomnie* assez opiniâtre, de l'irritabilité, tels sont ceux qui méritent d'être cités.

Toutes les relations de cette curieuse épidémie s'accordent, du reste, à dire que les symptômes prédominants étaient variables suivant les localités. Ici c'était la douleur, les fourmillements, l'engourdissement qui dominaient; là l'œdème, ou bien les éruptions, la coloration brune de la peau, etc. Quelques uns même des symptômes précédemment énumérés manquaient complétement. Ainsi, à la caserne de Lourcine, on n'observa pas la coloration brune de la peau; dans d'autres, on vit rarement l'ophthalmie, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On a voulu voir dans la *marche* de la maladie trois périodes, mais Dance a démontré que ces périodes étaient loin d'être distinctes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les troubles des voies digestives se montrent principalement dans les premiers temps; que la maladie présente alors un certain degré d'acuité, et qu'elle prend ensuite une marche essentiellement chronique. « Cette maladie se prolongeait ordinairement, dit M. Rayer, plusieurs mois, ou cessait après quelques semaines. Beaucoup de malades, après une guérison apparente, ont été repris de la

(1) *Loc. cit.*

maladie, qui n'a cessé qu'avec l'épidémie. Elle se terminait rarement par la mort, excepté chez les vieillards. »

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'ai rien à dire des *lésions anatomiques*. Dans la description des symptômes, j'ai fait connaître ce qu'on observait à la peau, et, quant aux lésions internes, elles appartiennent, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, à de simples complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec la *pellagre* qu'on pourrait confondre la maladie dont je viens de donner la description; mais la marche de ces deux affections n'est pas la même. La recrudescence remarquable qu'on observe au printemps, les effets de l'insolation dans la pellagre, ne se remarquaient pas dans l'acrodynie; l'altération de la peau est différente. On n'observait pas une folie acrodynique, comme on observe une folie pellagreuse. Enfin, le degré de gravité des deux affections est loin d'être le même.

Faut-il chercher à établir un diagnostic entre l'acrodynie et le *morbus cerealis* des Allemands? Je ne le pense pas. Les auteurs qui se sont le plus occupés de cette question sont d'avis que ces affections sont de la même nature. Il y a, sans doute, des différences dans les diverses épidémies; mais ne savons-nous pas que c'est précisément un caractère fréquemment observé des épidémies de la même affection, de ne pas se ressembler complétement? Et comment voudrions-nous que des épidémies observées dans des climats différents, et à des époques éloignées, fussent identiques, lorsque nous voyons à Paris la maladie varier notablement suivant les localités?

Pronostic. L'intensité des divers symptômes et la longue durée de l'affection faisaient de l'acrodynie une maladie sérieuse. Cependant ce que j'ai dit plus haut de la terminaison prouve qu'elle ne peut pas être rangée parmi les maladies très graves. Le grand âge et la grande intensité des symptômes qui avaient pour siége les voies digestives étaient les circonstances les plus fâcheuses.

§ VII. — Traitement.

Nous ne connaissons pas de moyen très efficace contre cette singulière maladie. Il n'y aurait pas grand avantage à entrer dans de grands détails à ce sujet; le résumé suivant, emprunté à l'article de Dance, me paraît suffisant : « La *saignée*, dit cet auteur, n'a été avantageuse que pour dissiper un état de pléthore ou de congestion accidentel; les *sangsues*, appliquées sur le bord des pieds, ont parfois calmé l'érythème, mais sans diminuer les engourdissements; sur le ventre, elles ont un peu d'efficacité contre les symptômes gastro-intestinaux; sur le rachis, et en grand nombre, elles ont paru à quelques praticiens plus favorables contre l'ensemble des symptômes. Les *cataplasmes émollients* autour des pieds ont été le plus souvent de nul secours contre les fourmillements; quelquefois ils les ont augmentés. Les *frictions* sur les mêmes parties, avec des corps gras chargés d'une huile volatile (*térébenthine*) ou d'*ammoniaque*, ont eu plus de succès; il en est de même des *lotions froides* aiguisées avec de l'*acétate de plomb*. Nous ferons remarquer,

à l'égard de la térébenthine, que ce médicament, en frictions, s'était déjà montré avantageux dans plusieurs des épidémies dont nous avons parlé précédemment, en particulier dans celle que Boucher a décrite. Un certain nombre de malades lui durent même leur guérison, au rapport de cet auteur, ce qui rapproche ces affections des névralgies, dans lesquelles la térébenthine est employée avec quelque succès. Les *bains simples*, liquides ou en *vapeur*, *sulfureux* ou *aromatiques*, n'ont en général produit que peu de soulagement. Les *vésicatoires* sont, de tous, les moyens externes, ceux qui paraissent avoir eu le plus de succès pour calmer les engourdissements et les fourmillements, dans les cas notamment où ces douleurs n'étaient point bornées aux pieds et aux mains. Appliqués le long des membres, et surtout dans la direction du rachis, ils ont plusieurs fois amené la cessation de ces symptômes. Le *moxa* n'a été employé qu'un petit nombre de fois, et sans avantage marqué.

» A l'intérieur, on a mis en usage l'*opium*, la *belladone*, l'extrait de *noix vomique*, l'*assa fœtida*, la *valériane*, la *poudre de Dower*, sans obtenir en général d'autre changement qu'un calme temporaire dans les douleurs par le premier de ces médicaments. On a également tenté les *purgatifs*, l'*émétique à haute dose*, le *traitement* dit *de la Charité* pour la colique des peintres, mais sans résultats plus favorables. Ce dernier traitement paraît toutefois avoir eu quelques succès entre les mains de M. Cayol. Enfin, dans les cas où la maladie se présentait sous une forme rémittente ou intermittente, le *sulfate de quinine* s'est montré inefficace comme les autres médicaments. »

Pour compléter ce traitement, je dois ajouter ce que dit à ce sujet M. Rayer, qui a suivi les diverses phases de l'épidémie : « Dans l'incertitude où j'étais sur la nature de l'acrodynie, j'essayais, comme la plupart des médecins, divers remèdes que je croyais propres à combattre les symptômes prédominants, mais sans succès remarquable, la maladie étant toujours très longue et variée dans ses phénomènes. Le plus souvent j'opposais l'*eau de Seltz*, le *diascordium* et la *thériaque* aux dérangements des fonctions digestives. Lorsque les symptômes nerveux se montraient avec intensité dès l'invasion, je faisais pratiquer une *petite saignée;* le malade était ensuite plongé dans un *bain tiède*, et prenait un grain d'*opium* le soir : si ces symptômes survenaient, au contraire, dans la seconde ou la troisième période de la maladie, et lorsque leur constitution avait déjà été détériorée, j'administrais les *bains sulfureux*, et quelquefois avec succès. Quant aux symptômes cutanés, je ne leur ai jamais opposé que des *bains tièdes*, des *lotions* et des *applications émollientes*. »

ARTICLE V.

SCLÉRÈME.

Il y a à peine quelques années l'existence du véritable sclérème, de celui qu'on a décrit dans ces derniers temps sous le nom de *sclérème des adultes*, était tellement ignorée de la plupart des auteurs, que cette maladie ne trouvait pas de place dans le cadre nosologique. C'est en 1845 que M. Thirial (1) publia une observation qui fixa l'attention générale. Plus tard, M. Forget (2), de Strasbourg, qui ne

(1) *Du sclérème chez les adultes*, etc. (*Journ. de méd.*, mai et juin 1845).

(2) *Mém. sur le chorionitis ou sclérosténose* (maladie non décrite par les auteurs) (*Gazette méd. de Strasbourg*, juin 1847).

connaissait pas le fait cité par M. Thirial, eut occasion d'en observer un nouveau, et crut qu'il s'agissait d'une maladie nouvelle. De là une discussion de priorité entre ces deux médecins (1) qui ne pouvait pas être longue, puisque l'observation rapportée par M. Thirial avait une date antérieure bien constatée.

Cependant cette maladie n'était pas nouvelle, ainsi que l'a démontré M. le docteur Ravel (2) qui, dans des recherches biographiques très étendues, fait remonter la connaissance de la maladie jusqu'à Hippocrate (3). Cet auteur cite ensuite un grand nombre d'ouvrages dans lesquels on trouve non seulement des exemples multipliés de la maladie qui nous occupe, mais encore des descriptions générales de cette affection, parmi lesquelles il distingue en particulier celle de Lorry (4). Je ne peux pas entrer ici dans d'autres détails sur cet historique : on devra sur ce point consulter l'article plein d'érudition de M. Ravel. Je me bornerai seulement à dire qu'au milieu d'exemples incontestables de véritables sclérèmes, il s'en trouve très certainement un nombre considérable sur lesquels on pourrait élever des doutes.

Quoi qu'il en soit, il est très évident que cette affection n'avait frappé qu'imparfaitement l'attention des médecins, et qu'elle était presque complétement oubliée, lorsque M. Thirial a de nouveau attiré l'attention sur elle, et qu'en outre cet auteur a eu le mérite de préciser ses caractères, bien plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Depuis l'époque où il a cité le premier cas qui se soit offert à son observation, d'autres faits semblables se sont présentés avec des caractères parfaitement tranchés. M. Thirial en a lui-même rapporté de nouveaux (5), et nous en devons plusieurs autres à MM. Bouchut (6), Putégnat (7), Rilliet (8) et Peletier (9).

A l'époque où fut publiée la première observation de M. Thirial, on pensa que cette maladie était semblable à celle qui se produit si fréquemment chez les nouveau-nés, que j'ai décrite sous le nom d'*œdème des nouveau-nés*, et qu'on a aussi appelée *sclérème;* mais je fis voir alors (10) que les symptômes et les altérations anatomiques étaient essentiellement différents et constituaient deux maladies distinctes. Les faits, comme on va le voir, sont venus démontrer l'exactitude de cette opinion, et je crois qu'aujourd'hui il ne reste plus de doute sur ce point dans l'esprit de personne.

On peut donc dire dès à présent que le nom de sclérème doit être réservé à l'en-

(1) Thirial, *Du sclérème des adultes; identité de cette maladie et de celle que M. Forget, de Strasbourg, vient de présenter comme nouvelle sous le nom de chorionitis*, etc. (*Union méd.*, 24 et 28 août 1847).

(2) *Rech. sur la stegnose* (*sclérème des adultes*) (*Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre et décembre 1848).

(3) *Épidémies*, liv. V, chap. IX, *Œuvres d'Hippocrate*, trad. de Littré, t. V, p. 203.

(4) *Tractatus de morbis cutaneis*. Paris, 1777.

(5) *Note pour servir à l'histoire de la maladie nouvelle appelée sclérème des adultes, ou sclérodermie* (*Union médicale*, décembre 1849).

(6) *Observ. de sclérème des adultes* (*Gaz. méd. de Paris*, 25 septembre 1847).

(7) *Sur le chorionitis, ou sclérosténose de la peau* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1847).

(8) *Revue méd.-chirur. de Paris*, 1848.

(9) Voy. Forget, *Lettre sur le chorionitis* (*Revue méd.-chir. de Paris*, février 1848).

(10) Voy. *Archiv. générales de médec.* (*Bulletin, Correspondance*), 4e série, t. X, p. 355, mars 1846.

durcissement de la peau qui se manifeste avec les caractères observés chez les adultes, et que, pour éviter toute confusion, on ne doit plus le donner à l'œdème des nouveau-nés.

Avec les documents que je viens de mentionner, il est permis de tracer une histoire à peu près complète du sclérème.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est impossible de définir la maladie d'après sa nature. D'un autre côté, parmi les observations qui ont été citées comme exemples, on ne trouve pas toujours les lésions bornées au seul tissu de la peau, ni même du tissu cellulaire sous-jacent, en sorte qu'il est assez difficile de donner une définition rigoureuse. Cependant, comme dans tous les cas ce qu'il y a eu de principalement remarquable, c'est l'endurcissement du tégument externe, on peut jusqu'à nouvel ordre définir le sclérème : Une maladie caractérisée par la dureté, la rigidité de la peau, avec ou sans changement de coloration de cette membrane, et sans altération notable des fonctions des autres organes.

Il résulte des recherches bibliographiques de M. Ravèl, que la maladie a été autrefois désignée sous les noms de *stegnosis*, *cutis astrictio*, *constrictio*, *durities*, *spissitudo*, *sclérémie*. Dans ces derniers temps, on lui a donné les noms de *sclérème des adultes*, *sclérodermie*, *chorionitis*, *sclérosténose cutanée*. Je pense qu'on peut lui appliquer exclusivement le nom de *sclérème*, qui, comme je l'ai dit plus haut, ne saurait plus appartenir à l'œdème des nouveau-nés.

Cette maladie doit être considérée comme *très rare*, puisque, dans l'espace de cinq ou six ans, on n'a pu en observer qu'une douzaine de cas. Mais le nombre de ces cas, quelque petit qu'il soit, prouve qu'elle n'est pas aussi rare qu'on aurait pu le croire au premier abord : car les faits cités en 1845 parurent si nouveaux, qu'on les crut tout à fait exceptionnels.

§ II. — Causes.

Les causes de cette maladie sont fort obscures, et le petit nombre des cas que nous connaissons nous présentent des circonstances trop variées pour que nous puissions arriver à des résultats satisfaisants. Voici ce qui ressort de plus positif de ces faits.

1° Causes prédisposantes.

Age. Le plus grand nombre des cas de sclérème a été observé chez les adultes, et chez eux l'âge a varié beaucoup, puisque nous trouvons des cas chez des sujets de quinze à quarante-huit ans. Si même on admettait comme des exemples incontestables de sclérème les observations de M. Pierquin cité par M. Ravel (1), il faudrait porter ce dernier extrême de l'âge jusqu'à soixante-douze ans. Mais, dans la première de ces observations, les détails manquent complétement, et dans la seconde, il y a une circonstance particulière qui fait croire qu'il ne s'agissait pas d'une maladie semblable à celle qu'ont décrite MM. Thirial et Forget : c'est la mobilité de

(1) *Loc. cit.*, p. 185 et 186.

la lésion qui se portait d'une partie à une autre, et le prurit qui l'accompagnait. Je reviendrai sur ce point dans la description des symptômes. De ces faits on avait conclu d'abord que la maladie était propre aux adultes, et c'est ce qui lui avait fait donner le nom de sclérème des adultes. Cependant M. Rilliet a rapporté un cas d'induration de la peau chez une jeune fille de neuf ans. Quant à l'observation de MM. Rilliet et Barthez (1), que M. Ravel (2) veut qu'on regarde comme un exemple de sclérème, je ne crois pas qu'on puisse l'accepter; car il s'agissait d'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sans induration.

Sexe. Il est bien remarquable que cette maladie se soit montrée dans l'immense majorité des cas chez les femmes; cependant il ne faut pas croire, comme on a pu y être porté dans ces dernières années, en voyant que tous les cas se présentaient chez le sexe féminin, que les hommes en soient complétement exempts. M. Ravel a cité, en effet, quelques observations qui prouvent le contraire, et une entre autres recueillie par Strambio (3) qui ne laisse pas de doute sur l'existence de la maladie; ce qu'il y a de certain, c'est que cette affection se montre presque exclusivement chez les femmes.

Parmi les autres causes prédisposantes, nous trouvons mentionnés dans les faits l'*état incomplet, difficile de la menstruation*, un *trouble quelconque* de cette fonction, et l'*habitation dans des lieux froids et humides.* Mais les observations dans lesquelles ces circonstances sont notées ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre d'établir des règles générales. Quant à l'*usage prolongé d'aliments de difficile digestion*, aux *affections tristes de l'âme*, signalées par les anciens et en particulier par Lorry, ce sont des causes dont l'action aurait besoin d'être démontrée par des faits nombreux.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous retrouvons encore les *troubles de la menstruation.* Ainsi, dans les trois cas cités par M. Thirial, il y avait eu une fois *aménorrhée*, une autre fois *suppression brusque des règles*, et enfin, dans le troisième cas, des *règles* devenues *plus abondantes.* Chez une femme observée par M. Cazenave, la maladie fut précédée par une *suppression de menstrues* sans cause connue. Il est nécessaire que les observations se multiplient sous ce point de vue étiologique.

Dans plusieurs cas l'affection s'est produite sans qu'on ait pu découvrir une cause probable.

Il faut se contenter de mentionner l'*insolation*, l'action du *froid prolongé*, le *changement brusque de température*, les *lotions astringentes*, causes qui ont été signalées par les auteurs qui nous ont précédés, mais dont l'action n'est pas encore suffisamment démontrée par les faits.

Telle est l'étiologie bien imparfaite de cette singulière affection.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, on a admis plusieurs variétés qu'il importe

(1) *Traité des malad. des enfants*, t. I, p. 739.
(2) *Loc. cit.*, p. 187.
(3) Voy. *Journal gén. de méd. de Sédillot*, t. LXI, p. 234. Paris, 1817, traduit par Ozanam.

de signaler. Sous le rapport de l'étendue de l'affection, Alibert, cité par M. Ravel, distingue un *sclérème général* et un *scérème partiel*. Mais je dois faire remarquer, avec ce dernier auteur, qu'Alibert regardait à tort le sclérème des nouveau-nés (œdème) et le sclérème des adultes comme la même maladie, et que, dans les cas bien authentiques que nous possédons, le sclérème n'a jamais envahi toute l'étendue de la surface cutanée. Cette distinction n'a pas, par conséquent, une importance réelle. Ce qu'il faut savoir seulement, c'est que, dans certains cas, la maladie occupe une très grande partie du corps, tandis que, dans d'autres, elle est bornée à une petite étendue, et particulièrement au cou et aux membres supérieurs.

M. Thirial a, d'après la différence de coloration que présente la peau, admis deux variétés, qui sont la *variété blanche*, c'est-à-dire celle dans laquelle la couleur de la peau n'est pas changée ou ne présente qu'un degré plus ou moins élevé de pâleur, et la *variété brune*, dans laquelle la peau est d'une couleur foncée et quelquefois noirâtre, comme celle des momies. Suivant M. Thirial lui-même, cette division n'aurait qu'une importance secondaire, puisque la première ne serait que le premier degré de l'affection qui tendrait à passer à la variété brune. Cependant on a vu, dans quelques cas, et principalement dans ceux qui ont été cités par Strambio et M. Forget, la coloration de la peau se manifester à une époque au moins très rapprochée du début. Il suit de tout cela qu'il suffira de mentionner ces particularités dans la description qui va suivre.

Début. Il résulte de l'examen des faits que, dans le plus grand nombre des cas, la maladie débute, sans symptômes précurseurs, par l'induration du tissu cutané dans un point d'abord limité, pour envahir ensuite plus ou moins rapidement les parties environnantes. Dans quelques cas rares seulement l'induration est précédée de quelques symptômes étrangers : ainsi, dans le cas rapporté par Strambio, il y eut une fièvre éphémère qui fut suivie d'une rougeur érythémateuse et de l'induration, et, dans une des observations de M. Thirial, l'endurcissement de la peau fut précédé de quelques troubles légers du côté de la poitrine et de l'estomac.

Symptômes. Le symptôme presque unique dans cette affection est l'*induration des parties molles superficielles et principalement de la peau*. Cette induration *commence* presque toujours *par la partie antérieure du cou*, puis elle envahit les côtés, la nuque, et bientôt après elle se porte, d'une part, vers les membres supérieurs et la poitrine, et de l'autre vers la face et le cuir chevelu. Plus tard encore, l'abdomen peut être envahi ainsi que les membres inférieurs. Mais je dois le répéter ici, il n'est pas un seul cas bien authentique dans lequel toute la surface du corps ait été indurée. Souvent l'induration s'arrête à l'abdomen, parfois elle occupe la partie supérieure et les membres inférieurs, en laissant libre une partie du tronc ; d'autres fois, tandis qu'elle occupe le cou et la tête tout entière, elle envahit un des membres supérieurs dans une étendue beaucoup plus grande que celui du côté opposé.

Tantôt l'induration *finit brusquement* dans une partie de l'étendue des membres ou du tronc, de telle sorte qu'entre la partie indurée et la partie souple qui l'avoisine il y a un contraste très remarquable ; tantôt c'est *par degrés* insensibles que cette induration cesse, comme on le voit dans une des observations recueillies par M. Thirial.

Lorsqu'on palpe les parties indurées, on trouve une *résistance* très considérable, une dureté semblable à celle des cadavres gelés. Cette dureté est principalement remarquable dans les parties où, à l'état normal, la souplesse est plus grande; ainsi les seins ont une fermeté tout à fait extraordinaire.

Dans toutes les parties indurées, il est *impossible de faire aucun pli* à la peau, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents, de la soulever et de la pincer.

En même temps que cette dureté, il y a dans la peau une *tension*, une espèce de *constriction* qui a fait donner à la maladie le nom de *stegnose*.

Un autre phénomène remarquable qui résulte de cette rigidité et de cette tension de la peau, c'est l'*effacement des plis naturels*. La peau est devenue lisse, polie, et c'est ce qui a fait comparer les sujets qui présentaient en même temps une pâleur remarquable, à des statues d'ivoire poli ou de cire, suivant le degré de la décoloration. Nulle part cet effacement des plis naturels n'est remarquable comme à la *face* : il donne à la physionomie un aspect d'immobilité tout à fait frappant, et lorsque les malades veulent sourire, la face prend un aspect grimaçant.

Il résulte encore de cet état d'induration une *gêne des mouvements*, d'autant plus considérable que la maladie est plus avancée. Ainsi les malades ont de la difficulté à tourner le cou, à mouvoir les mâchoires, à fermer les paupières, à rapprocher les lèvres, qui restent entr'ouvertes, à plier les membres, etc. Il n'est pas jusqu'au larynx qui, dans un cas, ne se soit trouvé gêné dans ses mouvements d'ascension par suite de la rigidité des tissus qui le recouvent.

Cependant cette induration ne cause pas de *douleurs* notables. Dans presque tous les cas, en effet, les malades ont accusé simplement une gêne plus ou moins considérable, mais non des élancements d'aucune espèce ni aucune autre douleur spontanée, et la palpation n'en détermine aucune. Je ne trouve dans les faits que j'ai sous les yeux qu'un seul cas, cité par Casanova, dans lequel il y avait une douleur assez vive dans le bras gauche, ne se manifestant que la nuit. Mais il faut remarquer que cette douleur n'existait nullement dans les autres parties envahies par l'induration, et tout porte à croire que, dans ce cas exceptionnel, il y avait une complication, due probablement à une *névralgie brachiale intermittente*. Dans un des cas rapportés par M. Pierquin, il est parlé d'un *prurit* qui accompagnait l'induration. Mais j'ai déjà dit que dans ce cas la maladie était mobile, ce qui sort complétement des caractères du sclérème, et que tout porte à croire qu'il s'agissait d'une autre maladie, peut-être d'une espèce particulière d'urticaire. Dans une observation d'Hippocrate, il existait aussi un *prurit*, et quoique le fait soit rapporté avec très peu de détails, le diagnostic paraît être moins contestable. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que le sclérème n'occasionne pas de douleur véritable.

Au milieu de tous ces changements, la peau, ce qui est bien digne de remarque, *n'a pas subi de modifications très notables dans ses fonctions*. Ainsi la chaleur est conservée, ce qui, avec l'aspect de cadavre que présentent les parties, forme un contraste qui a frappé les observateurs. La sensibilité est également conservée, et la transpiration même se fait encore, quoique dans certains cas elle ne se produise qu'avec une certaine difficulté.

La *coloration* de la peau peut rester naturelle, au moins pendant un temps assez long; mais il est plus ordinaire de rencontrer, soit la pâleur que nous avons men-

tionnée plus haut, soit, au contraire, une coloration qui du rouge sombre passe plus ou moins rapidement au brun, et qui, dans l'observation recueillie par M. Forget, *faisait ressembler la tête de la malade à celle d'une momie.* Dans ce dernier cas, la *peau est comme tannée*, ou *ressemble à un vieux parchemin tendu.*

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de l'induration des parties superficielles, mais *quelquefois cette induration peut occuper d'autres parties.* C'est ainsi que M. Thirial a vu, dans un cas, la *langue endurcie* au point que la malade disait qu'elle lui semblait être un morceau de bois. Les mouvements de cet organe étaient naturellement très gênés et la parole embarrassée. Quant à l'*induration des muscles* indiquée par Strambio, il est douteux qu'elle existe réellement. Il aurait fallu, pour nous en convaincre, que cet auteur entrât dans quelques détails sur la contraction et la saillie des muscles et des tendons, ce qu'il n'a pas fait. Il est probable que la gêne apportée à l'exercice de ces organes par la rigidité des parties superficielles aura induit Strambio en erreur. Dans le cas rapporté par Cazanova, il est dit que l'induration pénétrait dans les interstices des muscles, mais c'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé. Un peu plus de dureté dans certains points a pu faire croire à une induration plus profonde, d'autant plus que, dans ce cas, l'induration avait, dans certains points, la forme de stries ou de plaques isolées, ce qui n'a généralement pas lieu. Enfin, Haller a trouvé deux fois l'induration occupant tout le corps dans toute sa profondeur. Je reviendrai sur ces cas curieux en parlant des lésions anatomiques.

Il me suffira d'ajouter, pour compléter le tableau de cette maladie, que les *fonctions des autres organes ne sont nullement troublées :* ainsi l'*appétit est conservé*, le *sommeil est bon*, les *fonctions respiratoires et digestives s'accomplissent bien.* En un mot, et ce n'est pas là une des choses les moins remarquables de cette singulière affection, sans la dureté du tégument externe, et probablement aussi du tissu cellulaire sous-cutané, il n'existerait réellement pas d'état morbide.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* rapide au début, plus tard elle reste stationnaire ou ne fait plus que des progrès lents. Sa durée est illimitée, elle ne paraît pas avoir de tendance naturelle à la guérison ; mais il résulte des faits que nous connaissons que, dans le plus grand nombre des cas, le traitement peut en triompher. Se termine-t-elle par la mort ? Je ne connais que le cas cité par Hippocrate et celui qui a été rapporté par M. Pierquin (1), dans lesquels cette terminaison ait été observée ; mais celui de M. Pierquin est le même que j'ai mentionné plus haut, et qui offre des doutes sous le rapport du diagnostic, et dans celui d'Hippocrate il n'est pas sûr que le malade n'ait pas été emporté par une maladie incidente sans rapport *direct* avec l'induration, de telle sorte que nous ne pouvons pas répondre d'une manière positive à cette question.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il résulte de ce que je viens de dire que nous n'avons que des documents tout à fait insuffisants relativement aux lésions anatomiques. Dans le cas cité par

(1) Voy. Ravel, p. 186.

M. Pierquin, il est dit seulement que le tissu cellulaire était blanc, compacte, dur comme s'il eût été comprimé, et que quelques vaisseaux lymphatiques avaient acquis un volume plus considérable que dans l'état sain.

Dans deux cas cités par Haller (1), nous voyons une induration de tout le tissu cellulaire, de la peau, des nerfs, en un mot, de toutes les parties molles. Ces faits semblent prouver que la maladie, après avoir envahi la peau, peut affecter tous les autres tissus. Malheureusement les observations détaillées nous manquent, et encore sur ce point nous restons dans le doute.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés réelles. Il est inutile, par conséquent, d'entrer dans des détails à ce sujet. Je veux seulement ici rappeler que le sclérème est une affection différente de la maladie des nouveau-nés, à laquelle on a donné à tort le même nom, et que j'ai décrite sous celui d'*œdème des nouveau-nés*. Il me suffira, pour cela, de reproduire ce que je disais, en 1846, à propos de la première publication de M. Thirial (2) :

« Suivant cet honorable confrère, j'aurais eu tort de soutenir avec Billard, et à l'aide de faits particuliers, plus explicites que ceux de cet auteur, que la maladie désignée sous le nom de *sclérème* par nos prédécesseurs présente deux lésions très distinctes, qui n'ont aucun rapport l'une avec l'autre, et qui, par conséquent, doivent être séparées nettement dans le cadre nosologique. Pour moi, en effet, il existe d'une part, une maladie caractérisée essentiellement par l'œdème, et, de l'autre, une altération du tissu adipeux, qu'on observe quelquefois chez les enfants agonisants, quelle que soit leur maladie, et bien plus souvent sur les cadavres, cette altération n'étant survenue qu'après la mort.

» Pour soutenir son opinion, M. Thirial cite deux faits. Dans le premier, il est question d'un nouveau-né qui, dans le service de M. Trousseau, a présenté l'endurcissement adipeux deux jours avant la mort. Or ce fait ne me paraît prouver qu'une chose, c'est que cette lésion anatomique peut se montrer un peu plus longtemps avant la terminaison fatale qu'on ne le pense généralement, quoiqu'un petit nombre de faits du même genre aient déjà été observés.

» Dans le second, il s'agit d'un adulte qui a offert une induration des parties molles, cas tout à fait exceptionnel, et dans lequel on ne trouve absolument aucune ressemblance avec ce qu'on observe dans les cas d'œdème des enfants nouveau-nés. Dans ce cas, nous trouvons, en effet, une très grande pâleur, et les nouveau-nés affectés d'œdème sont d'un rouge lie de vin pendant une grande partie de la maladie; ils ne deviennent pâles qu'à la fin. La maladie, chez la jeune fille observée par M. Thirial, a envahi d'abord le cou, et l'affection des nouveau-nés commence par un œdème des pieds, comme tous les œdèmes généraux. Je pourrais signaler d'autres différences; mais j'aime mieux tirer quelques raisons péremptoires de l'étude de l'œdème des nouveau-nés.

» M. Thirial veut que cette affection soit une induration de la peau, que cette induration de la peau soit le point de départ de la maladie, et que toutes les autres

(1) *Opera omnia minora*, t. III, Lausanne, 1768; *Opuscula pathologica*, obs. 62.
(2) *Arch. gén. de méd.* (*Bull.*, *Corresp.*), 4e série, t. X, p. 365, mars 1846.



altérations, ainsi que les symptômes qui leur correspondent, n'en soient que les conséquences. S'il en était ainsi, on verrait d'abord apparaître cette induration de la peau, puis la gêne de la respiration et de la circulation, et enfin l'œdème, qui, d'après M. Thirial, n'est qu'une complication. Or il y a une expérience bien simple à faire, c'est de suivre un petit malade pendant tout le cours de l'affection. Pendant plus de la moitié de la maladie, M. Thirial verra qu'il n'y a pas la moindre lésion de la peau, que ce tégument est partout très souple, fortement coloré; qu'il se laisse soulever, qu'il glisse sur les parties sous-jacentes; qu'il n'y a, en un mot, rien qui ressemble à l'endurcissement adipeux que les enfants affectés de muguet, de pneumonie, etc., présentent parfois, dans les derniers moments, aussi bien que ceux qui sont affectés d'œdème. Aux pieds, aux mains, peut-être aux jambes, la peau est plus tendue, il est plus difficile, par conséquent, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents; mais il est si aisé de s'assurer que cette tension est due à l'œdème, qu'il ne faut pour cela qu'une simple inspection. D'ailleurs, et cette remarque est capitale, on verra, après la mort, un certain nombre de parties entièrement libres de tout endurcissement adipeux, dans les cas où cet endurcissement sera survenu comme phénomène ultime. »

Quant à la *nature de la maladie*, on ne peut faire sur ce point que des suppositions. M. Forget, qui lui a donné le nom de *chorionitis*, a été d'abord porté à la regarder comme une inflammation de la peau. Mais ce n'est qu'avec réserve qu'il a émis cette opinion, qui n'est pas partagée par les autres auteurs. Je n'insisterai pas, par conséquent, sur cette question encore insoluble.

Pronostic. D'après ce que nous avons vu plus haut, la maladie est beaucoup moins grave qu'on n'aurait pu le croire d'après les symptômes et d'après l'étendue, souvent considérable, de l'induration. En supposant que les cas cités par Haller soient de la même nature que ceux qui ont servi à la description précédente, on peut admettre que la maladie prend un degré de gravité très grand lorsqu'elle envahit les organes profonds dont le jeu doit être nécessairement entravé.

§ VII — Traitement.

Nous n'avons que peu de chose à dire du traitement de cette affection, parce que les divers moyens qu'on lui a opposés n'ont généralement été mis en usage que dans des cas isolés, de telle sorte qu'on ne peut pas en tirer des conclusions générales.

Les *émissions sanguines* n'ont guère été employées. Dans un des cas cités par M. Pierquin, on a, il est vrai, appliqué un très grand nombre de *sangsues* (295 en trente jours), mais nous avons vu plus haut que l'existence de la maladie particulière qui nous occupe n'est pas parfaitement démontrée dans ce cas. On a bien rarement eu recours à la *saignée générale*. Le malade observé par Strambio fut saigné au début de sa maladie, mais sans résultat.

On a naturellement eu recours aux *sudorifiques*. Ils n'ont, en général, pas eu de grands succès. M. le docteur Cazanova, après les avoir inutilement employés, ainsi que les *fumigations* faites *avec la vapeur du vinaigre*, eut recours aux *fumigations sulfureuses*, dont il administra 120 consécutivement. Sous leur influence, la

menstruation supprimée ne tarda pas à reparaître, et fut enfin complétement rétablie. L'amélioration suivit les progrès de sa réapparition.

Les *bains de vapeurs* ont été aussi mis en usage, ainsi que les *bains simples*, les *frictions*, les *onctions adoucissantes*, les *narcotiques*, les *fomentations*, et, en général, tout ce qui tend à assouplir la peau ; mais les faits prouvent que ces moyens sont tout à fait secondaires et ne servent que comme adjuvants.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été administrées dans le plus grand nombre des cas, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Quelquefois elles ont parfaitement réussi, comme dans le cas rapporté par Strambio. Après un traitement dans lequel l'emploi du *kermès* et des *frictions avec l'axonge* n'avait réussi qu'à procurer une légère amélioration, le *calomel* fut donné à la dose croissante de 0,60 grammes jusqu'à 1 gramme et demi, et même 2 grammes dans les vingt-quatre heures ; il survint bientôt une éruption générale d'*eczéma hydrargyrique*, que Strambio prit pour une crise, et le malade fut complétement guéri. Dans d'autres cas, au contraire, l'emploi du mercure a paru aggraver la maladie ; ce n'est donc qu'avec précaution et en suivant attentivement ses effets qu'on devra le mettre en usage.

Emménagogues. Nous avons vu que la maladie survenait parfois après la suppression des règles ou une diminution considérable dans ce flux périodique, et, d'un autre côté, que, dans ces mêmes cas, l'amélioration coïncidait avec leur réapparition. Les emménagogues sont donc formellement indiqués. Mais je n'entrerai pas ici dans le détail de leur administration, car je n'aurais rien à en dire qui n'ait été déjà exposé au sujet de l'*aménorrhée* et de la *dysménorrhée* (1).

Les *purgatifs* et les *diurétiques* paraissent avoir eu de bons effets dans certains cas ; mais je me contente de les mentionner, attendu que les recherches ne sont pas encore suffisantes sur ce point. J'en dirai autant de la *médication alcaline*.

Voilà tout ce que nous avons à dire sur le traitement de cette singulière affection. A mesure que les faits se multiplieront, nous aurons sans doute des données plus précises et plus complètes.

CHAPITRE IX.

SYPHILIDES.

L'histoire des syphilides présente un très grand intérêt, non seulement parce qu'elle renferme le diagnostic souvent difficile d'affections cutanées qui exigent une médication toute particulière, mais encore parce qu'elle touche à toutes les grandes questions soulevées à propos de la syphilis constitutionnelle. Les syphilides sont, en effet, une expression qui ne saurait tromper, de cette syphilis infectant toute l'économie animale, que les médecins ont si fréquemment l'occasion d'observer. Aussi ai-je pensé qu'avant de passer à leur description, il convenait de dire quelques mots de la syphilis en général ; et quoiqu'il ne soit pas possible,

(1) Voy. les articles consacrés à ces maladies.

dans un ouvrage de la nature de celui-ci, d'entrer dans tous les détails que comportent les nombreuses et difficiles questions que je vais agiter, j'ai cru qu'un court exposé des faits principaux ne serait pas sans utilité.

ARTICLE Ier.

CONSIDÉRATIONS SUR LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL.

Avant d'entrer dans aucun détail sur le sujet important qui va nous occuper, il faut se demander si la syphilis existe réellement. Cette question paraîtra oiseuse au premier abord, mais il n'en est pas tout à fait ainsi, puisque quelques auteurs ont nié l'existence de cette affection comme maladie particulière, qu'ils ont rattaché les accidents primitifs à des lésions de nature non spécifique, et qu'ils ont attribué les accidents secondaires et tertiaires à l'usage du mercure. Cette théorie fut soutenue dans un mémoire anonyme publié en 1811, et, en 1826, A.-J.-L. Jourdan (1) la développa et accumula les preuves en sa faveur. Aujourd'hui que l'emploi du mercure convenablement dirigé, celui de l'iodure de potassium, et par-dessus tout l'étude beaucoup plus attentive et plus complète des accidents primitifs et secondaires de la syphilis ont jeté un nouveau jour sur l'histoire de cette affection, on ne peut plus douter un seul instant de son existence comme maladie spéciale, et je n'insiste pas davantage sur ce point.

La seconde question qui se présente est la suivante : *Existe-t-il un virus syphilitique, et de quelle nature est ce virus?* Si la syphilis est une affection spéciale, ainsi que je viens de le dire, on ne peut pas se refuser à admettre l'existence d'un virus que l'inoculation, tant de fois pratiquée dans ces dernières années, démontre d'ailleurs surabondamment. Au reste, l'existence de ce virus est aujourd'hui généralement admise, et toute discussion à ce sujet serait inutile. Quant à la nature du virus, on a renoncé à la chercher, toutes les investigations ayant été infructueuses.

Mais il est un autre point qui se rattache à cette question, et sur lequel on est loin d'être d'accord comme sur le précédent. *N'y a-t-il qu'un seul virus syphilitique qui donne lieu à toutes les affections vénériennes?*

Avant que Balfour, Duncan et Tode eussent traité cette question, on n'émettait guère de doutes à cet égard. Toute maladie contractée par un coït impur était une affection syphilitique. Les auteurs que je viens de citer élevèrent quelques objections contre cette manière de voir, et Benjamin Bell sépara complétement, sous le rapport de la nature de la maladie, la blennorrhagie des chancres. Le premier, il constata, entre autres faits, que l'inoculation de la matière gonorrhéique n'a jamais produit de chancres. M. Ricord, dans ces dernières années (2), a défendu cette manière de voir. Pour lui, la blennorrhagie n'est pas une maladie syphilitique; elle ne s'inocule pas. On a vu, il est vrai, quelquefois l'inoculation du pus blennorrhagique produire un chancre, mais c'est qu'il existait alors un chancre dans l'intérieur du canal. En outre, M. Ricord n'admet pas que les accidents se-

(1) *Traité complet des malad. vénér.*, Paris, 1826.

(2) Voy. *Traité des malad. vénér.* Paris, 1838. — *Notes au Traité de la malad. vénér.*, par J. Hunter; Paris, 1852. — *Leçons clin.* (dans divers journaux). — *Lettres sur la syphilis* (*Union méd.*, 1850 et 1851).

condaires ou tertiaires de la syphilis puissent succéder à une simple blennorrhagie, et il professe que, dans les cas où il a paru en être ainsi, ou bien il avait existé un chancre inaccessible à l'exploration, ou bien, ce qui est plus fréquent et ce dont il a cité de nombreux exemples, il y avait eu un chancre ailleurs, soit à l'anus, soit dans la bouche, soit dans un autre point, ce qui est beaucoup plus rare.

M. Cazenave, qui, parmi les modernes (1), est un de ceux qui ont défendu l'opinion contraire avec le plus de talent, a opposé aux faits cités par M. Ricord des faits rapportés par les auteurs qui ont vu des sujets divers être affectés isolément de chancres ou de blennorrhagies après avoir communiqué avec la même femme, et surtout il a rassemblé un nombre considérable de faits, dont il sera question plus loin, et dans lesquels on voit apparaître des syphilides, bien que l'on ne trouve d'autre maladie antécédente qu'une blennorrhagie. Enfin on a cité des cas, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans lesquels l'inoculation a produit la pustule caractéristique du chancre, quoiqu'on ne pût découvrir qu'une blennorrhagie.

On voit que cette question offre de très grandes difficultés. Je ne crois pas que les faits de contagion opposés à M. Ricord aient une bien grande valeur ; il suffit, en effet, de lire les observations pour voir qu'elles ont été recueillies avec une grande légèreté. Cette circonstance, que les syphilides se reproduisent fréquemment après l'existence reconnue d'une simple blennorrhagie, a plus d'importance, car il est difficile d'admettre que, dans le nombre considérable de cas observés sous ce point de vue, il n'en est pas un seul qui ne soit un exemple de chancres non observés ou larvés. Toutefois ce n'est pas là encore une démonstration sans réplique, et les cas dans lesquels M. Ricord a trouvé des traces d'un chancre induré qui avait passé inaperçu ou qui avait été dissimulé sont de nature à rendre très circonspects les médecins dans leur jugement en pareille matière, d'autant plus que depuis que les recherches se font avec plus de précision, les cas de prétendue blennorrhagie simple syphilitique deviennent, ainsi que l'a démontré M. Ricord (2), tout à fait rares.

Les faits les plus concluants en faveur de la manière de voir de M. Cazenave sont, sans contredit, ceux dans lesquels l'inoculation ayant été pratiquée avec du pus blennorrhagique, et l'existence d'un chancre ayant été recherchée avec soin et vainement, la pustule caractéristique s'est développée. Ici la réponse de M. Ricord a paru insuffisante. Il dit qu'il existait un chancre larvé ; mais on lui répond que c'est justement l'existence de ce chancre larvé qu'il faudrait démontrer, au lieu de l'invoquer comme réelle. Reconnaissons cependant que, dans les cas où l'investigation a été complète, les faits lui ont donné raison.

Il est, comme on le voit, bien difficile de se prononcer. Contentons-nous donc de remarquer de nouveau que les cas douteux deviennent de plus en plus rares, ce dont il faut faire honneur à l'observation beaucoup plus attentive de M. Ricord, qui a signalé les nombreuses causes d'erreur, et a rendu ainsi un véritable service à la science.

Une autre manière de voir a été défendue par M. Baumès (3). Cet auteur pense que la blennorrhagie, aussi bien que le chancre, est due à un virus, mais que ce

(1) *Trait. des syphilides*. Paris, 1843.
(2) *Lettres sur la syphilis* (*Union méd.*, mars 1850).
(3) *Précis théor. et prat. sur les malad. vénér.*, 1840.

virus est différent du virus chancreux, ou plutôt qu'il y a deux degrés d'un même virus. Faible, le virus produit une blennorrhagie qui se reproduit ensuite avec ses caractères propres ; plus intense, il donne lieu aux ulcères syphilitiques. Mais, ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs (1), « les faits d'inoculation et de contagion que nous avons déjà cités s'opposent à ce que l'on admette sans restriction les conclusions de M. Baumès, et, de plus, il faut remarquer, ainsi que l'a fait M. Cazenave, que, dans les cas où il survient des syphilides, celles-ci ne diffèrent nullement, qu'elles aient été produites par une blennorrhagie antécédente ou par un chancre. »

Avant d'aborder l'histoire de la syphilis en général, je dois ajouter quelques mots à ces considérations, et agiter une dernière question. *La syphilis est-elle une maladie inconnue des anciens, ou a-t-elle existé de toute antiquité?* Lorsque les navigateurs espagnols revinrent en Europe après la découverte de l'Amérique, il existait une véritable épidémie syphilitique. Le mal avait pris la plus grande extension, et il était généralement si grave, qu'il frappa les populations de terreur. Jusque-là on n'avait observé que des cas isolés d'affections des parties génitales ou d'autres points du corps, qui présentaient des symptômes d'apparence syphilitique, et on les avait rapportés à des affections ordinaires et plus ou moins bien connues. Ce ne fut qu'en présence d'un grand nombre de malades offrant des phénomènes semblables et accusant la même cause, que les médecins purent saisir la spécificité de la maladie, et reconnaître son origine. Mais ces cas isolés n'existaient pas moins, et M. Cazenave, dans son important travail, les a signalés de telle manière, qu'après la lecture de son *Traité des syphilides*, il ne peut guère rester de doutes sur l'existence de la maladie dans l'antiquité. Il en a trouvé des traces dans les écrits d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne et d'Albucasis, et il a trouvé les premières descriptions satisfaisantes dans Michaël Scott, Gariopont, Roger de Parme, et Guillaume de Salicet.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Voici la définition donnée par M. Ricord (2) : « Dans l'ignorance où nous sommes de la nature du virus syphilitique, la définition de la maladie ne peut être, dit-il, qu'un tableau abrégé de ses principaux symptômes. La syphilis est une maladie qui paraît aujourd'hui propre à l'espèce humaine, mais non spontanée chez elle. Due à l'action d'un virus qui en est la cause spécifique, *sine qua non*, et fatalement contagieux dans des conditions données, elle se développe toujours là où la cause a été développée, et produit différents ordres d'accidents : les uns, *primitifs*, directs, se développent au lieu même où agit la cause ; les autres *successifs*, indirects, paraissent consécutivement en rester là, ou, infectant l'économie, produisent une *diathèse* qui, après un temps d'incubation déterminé, donne lieu fatalement à la manifestation d'accidents que nous diviserons en deux groupes : les uns, plus précoces, *accidents secondaires ;* les autres, plus ou moins tardifs, *accidents tertiaires ;* les uns et les autres non inoculables. La syphilis, dans ses différentes

(1) *Revue des derniers travaux sur les syphil.* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1843).

(2) Voy. Courtin, *Leçons cliniques de M. Ricord* (*Journal des connais. médic.-chir.*, septembre 1846).

phases, nécessite le plus souvent une médication spécifique, ou tout au moins spéciale. »

J'ai voulu donner cette définition sans y rien changer, parce qu'elle résume la doctrine de M. Ricord. Voici maintenant les réflexions qu'elle fait naître. On voit que M. Ricord laisse dans le doute l'origine de la syphilis, mais aussi qu'il se prononce sur la non-spontanéité de sa production actuellement. Relativement à cette dernière proposition, je dirai que le fait n'est pas aussi bien prouvé que paraît le croire M. Ricord. Sans doute, dans les cas que nous voyons passer sous nos yeux, la contagion se retrouve facilement ; mais qu'est-ce qui prouve que dans les conditions de misère, de malpropreté et de débauche dans lesquelles vivent certains sujets, la maladie ne peut jamais se développer spontanément? Il est certain que c'est ce qui a eu lieu à une époque indéterminée. Pourquoi le même effet ne se reproduirait-il pas dans les mêmes circonstances ?

M. Ricord admet sans aucune hésitation le virus syphilitique et la contagion ; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il ne croit la contagion possible que lorsqu'il existe une forme particulière de la syphilis : le chancre primitif. Nous le voyons, en effet, compléter ici sa pensée en déclarant que les accidents secondaires et tertiaires ne sont pas inoculables. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit précédemment à propos de l'inoculabilité exclusive du chancre. Quant à la non-inoculabilité des accidents secondaires et tertiaires, j'en ai également parlé dans le même article et j'ai cité surtout les faits rassemblés par M. Vidal (de Cassis) (1) pour démontrer que l'opinion de M. Ricord est trop exclusive.

Reste un point qui a donné lieu à une discussion assez vive et assez intéressante. Dans la définition de M. Ricord, on voit que les accidents primitifs de la syphilis se développent au lieu même où agit la cause, et que ces accidents primitifs sont nécessaires pour qu'il y ait infection. A cela on a fait plusieurs objections. Ayant traité cette question ailleurs (2), je me contenterai de reproduire le passage dans lequel elle a été discutée : « La distinction entre les symptômes primitifs et les secondaires se montre, disais-je, trop évidemment dans les faits qui passent journellement sous nos yeux, pour qu'il y ait à ce sujet l'ombre d'un doute; mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'on appelle la *période d'incubation*. On sait que les symptômes primitifs ne se manifestent pas immédiatement après la contagion, qu'il se passe quelquefois un temps assez long entre le contact infectant et celui où apparaissent ses résultats morbides. Que se passe-t-il donc alors? Plusieurs auteurs, et en particulier M. Ricord, pensent que les symptômes primitifs, le chancre, les pustules muqueuses, sont d'abord des altérations locales, et que ce n'est qu'après une certaine durée de ces symptômes que le virus est absorbé de manière à produire une infection générale. Telle n'est pas l'opinion de M. Cazenave : suivant lui, il y a d'abord absorption générale, absorption mystérieuse, dont les voies nous sont inconnues, mais dont, suivant lui, l'existence nous est démontrée par le raisonnement et par l'analogie. « Lorsque, dit-il, par suite du coït, un » contact infectant a eu lieu, il n'y a, pendant un temps plus ou moins long, aucun » phénomène appréciable, et cet état dure jusqu'au moment où la maladie se traduit par des symptômes extérieurs, soit un chancre, soit une blennorrhagie. Les » choses se passent absolument de même lors de l'inoculation ; la piqûre se guérit,

(1) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853. *Notions préliminaires*.
(2) *Mém. cité* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. II, p. 186).

» et ce n'est qu'après un temps très variable que le point contaminé devient le
» siége des lésions qui présentent un caractère spécial... Il en est de même de la
» variole, pendant tout le temps qui sépare l'époque de l'infection et celui de la
» manifestation des principaux symptômes. Il en est de même dans la rage ; la plaie
» produite par la morsure se guérit, et ce n'est que plus tard que surviennent les
» phénomènes qui trahissent la maladie. Enfin, dans tous ces cas, entre le moment
» de la contagion et celui de l'apparition des symptômes, il y a une période dans
» laquelle on n'observe rien, absolument rien. Voilà l'incubation, et ce caractère,
» commun à toutes les maladies virulentes, est inséparable de la syphilis. »

« Quant à l'évolution prompte qui a lieu à la suite de l'inoculation artificielle chez un individu chez lequel un chancre s'est déjà manifesté, elle ne saurait servir à conclure, suivant M. Cazenave, que le chancre est une affection toute locale : car déjà l'infection générale existe, et il est tout naturel qu'en quelque lieu qu'on porte le pus virulent, il agisse sans délai, puisque alors toutes les parties du corps sont dans les conditions nécessaires au développement du chancre. Enfin, pour dernière preuve, M. Cazenave rappelle l'existence des bubons d'emblée, dont on a cité des exemples, et sur lesquels M. de Castelnau a récemment fait des recherches fort intéressantes. »

Il est bien difficile de se prononcer dans un semblable débat, et cependant il serait bien important de savoir d'une manière positive à quoi s'en tenir, puisque, suivant qu'on partage l'une des deux opinions soutenues par M. Ricord et par M. Cazenave, on met en usage un traitement fort différent. Avec le premier, en effet, on se contentera de traiter les symptômes locaux primitifs, attendant, pour agir sur l'économie tout entière, que les principaux accidents secondaires se soient déclarés, ou du moins que l'induration du chancre soit venue annoncer l'existence de cette infection ; avec le second, au contraire, on devra regarder comme l'expression d'une infection générale tous les accidents primitifs, même la blennorrhagie, et faire subir à ceux qui les présentent un traitement mercuriel.

Je dirai donc que les preuves apportées par M. Cazenave ne me paraissent pas à l'abri de toute objection, et surtout qu'il n'est pas parfaitement prouvé qu'un traitement général, administré pendant le cours des accidents primitifs, préserve des accidents secondaires. Sans doute M. Cazenave, en étudiant les *syphilides*, a réuni un certain nombre de cas dans lesquels elles se sont déclarées chez des sujets qui n'avaient pas subi de traitement mercuriel, ou qui avaient été soumis à un traitement insuffisant ; mais le nombre des sujets qui sont dans ces conditions est si grand, qu'il n'y a rien là d'étonnant ; il faudrait que nous pussions avoir la contre-partie de ce fait, c'est-à-dire qu'on nous présentât un assez grand nombre de cas dans lesquels un traitement mercuriel ayant été administré, les accidents secondaires ne se sont pas manifestés, et, sur ce point, nous ne sommes pas encore suffisamment informés. Ces considérations s'appliquent bien plus à la blennorrhagie qu'au chancre. On conçoit très bien, en effet, que dans le traitement de ce dernier, on soit bien plus porté à recourir au traitement mercuriel, la production des symptômes secondaires, après l'ulcère primitif, étant un fait évident pour tout le monde. L'opinion de M. Ricord me paraît donc devoir être admise. Je me suis du reste expliqué sur ce point en parlant du chancre (1).

(1) Voy. article *Chancre*.

Les noms donnés à la syphilis sont nombreux. On l'a désignée sous la dénomination de *lues venerea*, *pudendagra*, *mentulagra*, *lues syphilitica*, *morbus venereus*, et suivant qu'on a accusé tel ou tel peuple de l'avoir le premier propagée, on lui a donné les noms de *mal napolitain*, *mal français*, *américain*, *espagnol*, etc., etc.

§ II. — Symptômes.

Il est évident que je ne dois pas, dans cet article, chercher à décrire les symptômes de la syphilis. Je dois me borner à faire connaître les divers groupes de symptômes qui se présentent aux diverses époques de la maladie, et à présenter sur eux quelques considérations générales.

Autrefois on ne reconnaissait que les symptômes primitifs résultant de la contagion, et des symptômes consécutifs résultant de l'envahissement de toute l'économie animale par le virus. M. Ricord a signalé trois groupes de symptômes. Non seulement, en effet, il admet des symptômes primitifs et secondaires, mais encore, parmi ces derniers, il en distingue qui se montrent plus tard que les autres, et qui ont quelques caractères particuliers, d'où il résulte pour lui la division suivante : 1° accidents primitifs, 2° accidents secondaires, 3° accidents tertiaires.

Aujourd'hui cette division de M. Ricord est généralement adoptée, et elle me paraît trop bien fondée sur l'observation des faits pour que je ne la suive pas. Seulement il se trouve un certain nombre d'accidents syphilitiques qui n'ont pu encore être placés dans aucune de ces catégories. Ils ne peuvent faire partie des accidents primitifs, puisque, dans la très grande majorité des cas du moins, ils ne résultent pas directement de la contagion. D'un autre côté, ils ne sauraient faire partie des accidents secondaires, puisqu'ils se produisent très promptement après la manifestation des symptômes primitifs, et que quelques uns d'entre eux ne sont, d'après des recherches modernes, que de simples transformations de certains symptômes primitifs. M. Ricord en a fait un groupe intermédiaire sous le nom de *symptômes successifs*. Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur ces différents groupes.

1° *Symptômes primitifs*. Je le répète, tous ceux qui devaient être étudiés dans cet ouvrage l'ont été dans les volumes précédents ; qu'il me suffise de dire ici que ces symptômes primitifs consistent uniquement, pour quelques auteurs, dans les différentes espèces de chancres, et que d'autres rangent parmi eux la blennorrhagie.

2° *Symptômes successifs ou intermédiaires*. On range parmi ces symptômes le *bubon*, qui est une conséquence directe des phénomènes primitifs, et principalement du chancre. Cependant tout le monde n'est pas parfaitement d'accord sur ce point, et un bon nombre d'auteurs admettent l'existence des *bubons d'emblée* (1). En pareil cas, le bubon serait un symptôme primitif; mais je n'ai pas à m'occuper de cette affection. Je me contente d'ajouter que l'existence du bubon d'emblée est complétement niée par M. Ricord. Viennent ensuite la *lymphangite* et les *abcès virulents*. Quant aux *pustules muqueuses*, aux *pustules plates*, faut-il les regarder comme un symptôme intermédiaire, ou, avec M. Cazenave, devons-nous

(1) Voy. sur ce sujet un article de M. de Castelnau, dans les *Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, t. XV, p. 420.

les placer parmi les syphilides, c'est-à-dire parmi les symptômes secondaires? C'est ce que je ne déciderai pas ici; les pustules muqueuses étant, en effet, un symptôme syphilitique trop important pour que je n'en dise pas un mot à part, j'aurai à m'expliquer sur ce point dans l'article suivant, où je donnerai rapidement leur histoire.

3° *Symptômes secondaires.* Les symptômes secondaires se montrent un certain temps après les symptômes primitifs. Ce temps est très variable. Il est, en effet, de plusieurs années, ou seulement de quelques jours, suivant les cas. On a vu des symptômes secondaires n'apparaître qu'après un intervalle de 10, de 20, de 30 ans et plus. Ces symptômes sont: l'*induration du chancre* et du bubon, l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux, les *syphilides*, dont je parlerai plus loin; les diverses altérations de la bouche, du pharynx, du larynx, des fosses nasales, du vagin, etc., dont j'ai déjà parlé; les *rhagades*, les *végétations*, l'*iritis*, l'*alopécie*, les *douleurs névralgiques vénériennes*, dont je ne dois pas m'occuper spécialement.

4° *Symptômes tertiaires.* Ceux-ci, quand l'évolution de la syphilis est régulière, apparaissent un temps plus ou moins long après les symptômes secondaires. Voici l'énumération qu'en font les auteurs du *Compendium* (1) : 1° lésions des tissus fibreux et osseux (périostose, exostose, nécrose, carie); 2° gourmes sous-cutanées, sous-muqueuses et intermusculaires; 3° lésions du système musculaire (convulsions, rétractions, rigidité, paralysie) : M. le docteur Bouisson (2) a vu des *tumeurs* formées par l'épanchement d'une lymphe plastique grisâtre, apparaître comme symptôme tertiaire de la syphilis dans les différents muscles du corps, sans en excepter ceux de la langue et des lèvres; le traitement est celui des symptômes tertiaires de la syphilis; 4° lésions de la sensibilité (douleurs musculaires et ostéocopes, migraine, amaurose, dyspepsie); 5° sarcocèle syphilitique; 6° cachexie syphilitique (amaigrissement, atrophie générale, phthisie).

M. le docteur Schutzenberger (2) a vu des *symptômes cérébraux* graves se produire dans des cas de syphilis constitutionnelle. Ils consistaient en vertiges, tremblements, convulsions épileptiformes, faiblesses dans un ou plusieurs membres. Dans deux cas cités par cet auteur, le traitement par l'iodure de potassium fit promptement disparaître ces accidents.

On pourrait adresser quelques critiques à cette division, et se demander, par exemple, pourquoi on a placé la névralgie syphilitique dans les accidents secondaires, tandis que la migraine est dans les accidents tertiaires: mais on ne peut disconvenir que cette manière de grouper les symptômes ne soit la plus satisfaisante.

Maintenant dois-je décrire séparément ces divers symptômes? Je ne le pense pas. Il nous suffit, en effet, de les avoir indiqués, pour que ce que nous avons à dire du traitement de la syphilis en général soit facilement intelligible.

Mais je ne saurais passer outre sans dire un mot de l'ordre de succession de ces divers symptômes. Celui qui vient d'être indiqué appartient à la syphilis suivant une marche régulière. On a vu que les choses se passaient ainsi, dans un nombre suffisant de cas, pour établir solidement la règle; puis, examinant les différents faits qui se sont offerts à l'observation, on a vu parfois les symptômes secondaires

(1) Article *Syphilis*.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, juillet et août 1846.
(3) *Gaz. méd. de Strasbourg*, mars 1850.

manquer, tandis qu'il apparaissait des symptômes tertiaires; d'autres fois, au contraire, la maladie s'arrêter aux symptômes secondaires, et enfin tout le monde sait que les symptômes primitifs existent souvent seuls, et que, chez un sujet convenablement traité, on peut empêcher l'apparition de certains symptômes successifs, sans toutefois le préserver des symptômes secondaires et tertiaires. Lorsque j'ai fait l'histoire du chancre (1), j'ai fait connaître la manière de voir de M. Ricord, relativement au chancre induré ou chancre huntérien ; je n'y reviendrai pas ici.

Syphilis des enfants. Il résulte des observations de MM. Trousseau et Lasègue (2), que la *syphilis des enfants* ne se montre presque jamais au moment de la naissance, et qu'il n'y a pas de succession régulière dans l'ordre d'apparition des divers symptômes. Toutes les formes de la syphilis constitutionnelle se montrent chez les enfants comme chez les adultes, et l'affection est chez eux beaucoup plus grave et souvent mortelle.

Je ne crois pas devoir tracer d'une manière générale le *diagnostic* de la syphilis. C'est à propos de chaque symptôme important qu'il faut chercher à distinguer l'affection spéciale de toutes les autres. C'est ce que j'ai fait dans plusieurs des articles précédents, et ce qu'il me reste encore à faire pour quelques accidents syphilitiques. Les mêmes réflexions s'appliquent au *pronostic*.

§ III. — Traitement.

Je n'ai également que très peu de mots à dire du traitement de la syphilis en général. On ne retire pas, en effet, un grand avantage dans la pratique, de ces considérations qui ne s'appliquent pas à un état bien déterminé. Je me contenterai donc de signaler quelques médications spécifiques que nous allons, il est vrai, retrouver quand nous présenterons l'histoire des syphilides, mais sur lesquelles il importe de dire quelques mots d'une manière générale.

Et d'abord je parlerai du *traitement mercuriel*, qui a rendu de si immenses services, et qui cependant a trouvé beaucoup d'adversaires. Il est évident aujourd'hui, pour tous les esprits non prévenus, que le traitement mercuriel est le principal dans la cure de la syphilis. Sans doute on en a beaucoup abusé; mais, s'il y a eu de fâcheux résultats de son emploi, c'est presque toujours à l'ignorance ou à une extrême imprudence qu'il faut les attribuer. Accuser le traitement mercuriel de produire les accidents secondaires et tertiaires que nous observons dans la syphilis, c'est méconnaître les résultats de la plus simple observation. Lorsque, il est vrai, le mercure, donné inconsidérément, produit de graves désordres, nous voyons survenir des phénomènes qui ont de la ressemblance avec ceux que produit la syphilis elle-même; mais d'abord il est faux que ces phénomènes soient complétement identiques, et, en second lieu, c'est là une objection sans valeur, puisque, chez un assez bon nombre des sujets qui n'ont pas pris de mercure, on voit se développer ces accidents consécutifs. D'un autre côté, il est sûr que, dans certaines circonstances, le mercure est insuffisant pour guérir la syphilis; mais n'en est-il pas de même pour d'autres médicaments dont l'efficacité n'est pas mise en doute, le sulfate de quinine, par exemple? Je n'insiste pas davantage sur cette

(1) Voy. art. *Chancre*.

(2) *De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge* (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1847).

question, dont la solution n'est pas douteuse pour l'immense majorité des praticiens, et que les sophismes n'ont pu obscurcir.

Il serait inutile de parler ici des diverses applications du traitement mercuriel; il en sera question dans les articles suivants, à propos des diverses syphilides, comme il en a été question à propos des autres symptômes vénériens décrits dans les articles antérieurs.

Mais, ainsi que je viens de le dire, le traitement mercuriel est parfois insuffisant. En pareil cas, on a recours à d'autres moyens, dont les principaux sont : les *sudorifiques*, l'*iodure de potassium*, l'*iodure de fer*, les *tisanes de Felz, d'Arnoud*, les *décoctions de Zittmann*, *de Pollini*. Parmi ces moyens, il n'en est pas qui comptent de plus beaux et de plus nombreux succès que l'*iodure de potassium*. Ce n'est que depuis quelques années que ce médicament est en vogue, et déjà il est devenu familier à la généralité des médecins. On sait qu'il peut être administré à la dose de 0,50, 1, 2 et 4 grammes, et que, sous son influence, on voit ordinairement disparaître avec rapidité des exostoses volumineuses et anciennes, et se cicatriser des ulcères considérables. Cette indication générale suffit ici; je trouverai plus loin l'occasion d'entrer dans de plus grands détails.

M. le docteur Gauthier (1) n'a pu réussir à faire cicatriser des ulcères syphilitiques anciens, et accompagnés d'accidents graves, qu'en élevant la dose de l'iodure de potassium jusqu'à 8 grammes par jour.

On a voulu substituer le bromure à l'iodure de potassium; mais les recherches de M. Ibuette (2) ont démontré non seulement l'infériorité du bromure, mais encore son inefficacité.

Il ne faut pas croire, d'après ce que je viens de dire, que l'on doit, dans le traitement de la syphilis, agir tout à fait au hasard, et commencer toujours par le traitement mercuriel, pour passer ensuite aux autres moyens, si l'on n'obtient aucun succès. L'expérience nous a appris que, dans certains cas donnés, tel médicament réussit mieux que tel autre. Ainsi, dans les exostoses, dans les angines ulcéreuses, l'iodure de potassium agit avec plus de promptitude et de certitude que le mercure, tandis que, dans les affections cutanées syphilitiques, les syphilides proprement dites, le mercure a une efficacité incontestable, et l'iodure de potassium reste souvent sans effet. Ce sont des faits qu'il ne faut pas ignorer, si l'on ne veut pas s'exposer à des tâtonnements fâcheux.

Dans les cas de syphilis invétérée, M. le docteur Michel (3) d'Avignon associe l'*eau de goudron* à l'iodure de potassium. Il pense que cette association prévient tous les accidents que peut avoir l'iodure et rend son action plus sûre. Il cite des cas dans lesquels cette médication a eu un plein succès. Voici comment il la dirige. « J'administre, dit-il, l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par jour, en dissolution, dans 30 grammes d'eau de goudron, ou égale quantité de décoction de bourgeons de sapin du Nord, sucrée avec du sirop de gomme ou de capillaire, que je fais prendre par cuillerées dans le courant de la journée. Quelques personnes ont de la peine à supporter l'odeur et le goût du goudron ; mais cette première résistance une fois vaincue, on s'y habitue aisément. On se borne à en

(1) *Journ. de méd. de Lyon*, décembre 1840.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, juin 1850.
(3) *Bull. gén. de thér.*, 25 et 30 juillet 1847.

suspendre l'emploi seulement pendant quelques jours si le malade éprouve au début des malaises, tels que vomissements ou diarrhée, ce qui, au reste, ne doit inspirer aucune crainte. Le quinzième jour, je porte la dose de ce sel à 50 centigrammes ; à la fin du mois, à 75 centigrammes ; et, enfin, à un mois et demi, j'arrive à 1 gramme par jour, qui est mon *nec plus ultra*, continuant ainsi jusqu'à complète guérison, désapprouvant ces hautes doses périodiquement croissantes, qui ne sont pas sans danger. »

Le docteur Vicente (1) regarde le *bichromate de potasse* comme un antisyphilitique plus énergique et plus rapide que les préparations mercurielles ; il le donne à la dose de 1 gramme uni à l'extrait de gentiane pour 80 pilules qu'il fait prendre de 2 à 6 par jour, en y associant quelquefois l'opium. Ce médecin cite trois observations où les accidents tertiaires les plus intenses se sont rapidement dissipés dans le cours de cette médication.

Pour prévenir les accidents qui résultent du traitement mercuriel, M. Bretonneau (2) propose de l'abréger et de le compléter par l'emploi de la *douce-amère* de la manière suivante :

« On fait prendre au malade, chaque jour, et pendant huit jours, une décoction de 8 grammes de douce-amère, prise dans l'intervalle des repas, sans qu'il soit besoin de changer en rien le régime. Le huitième jour, on prescrit 16 grammes en décoction. La même dose est encore continuée pendant huit jours. On augmente ainsi, chaque semaine, de 8 grammes la dose de douce-amère, et l'on arrive à la dose de 40 grammes par jour, que l'on continue également pendant huit jours. Le traitement a alors duré six semaines. On diminue successivement les doses dans la même proportion qu'on les a augmentées, c'est-à-dire de 8 grammes par semaine, et le malade revient ainsi à ne plus prendre que 8 grammes de douce-amère par jour. A ce moment le traitement est complet.

» La douce-amère, lorsqu'on atteint la dose de 40 grammes en décoction dans un litre d'eau, détermine ordinairement quelques étourdissements, quelque trouble dans les idées. Ces phénomènes indiquent qu'il convient de s'arrêter et de diminuer progressivement les doses de douce-amère. »

Pour remédier aux accidents causés par le mercure, on a encore employé l'*opium à haute dose*, et la *diète sèche* ou *diète arabique ;* cette dernière médication mérite que nous en disions quelques mots.

Je ne saurais mieux faire, pour donner une idée exacte de ce traitement, que de donner l'analyse suivante d'un travail intéressant dû à M. Tribes (3).

« *Diète sèche ou diète arabique.* On s'accorde généralement à distinguer deux diètes sèches : l'une dans laquelle entre le mercure, l'autre dans laquelle ce spécifique ne joue aucun rôle. Cette dernière réussit chez des sujets épuisés par plusieurs traitements mercuriels complets, mais restés inefficaces. Ses heureux effets se font aussi remarquer dans les vieilles affections rhumatismales, scrofuleuses, goutteuses ; dans les dartres invétérées, les gales anciennes que rien n'a pu dissiper ; dans les cas où l'on ne sait pas quelle est l'affection qui entretient une maladie locale ; lors-

(1) *Union méd.*, 13 décembre 1851.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 et 30 septembre 1847.
(3) *Du traitement arabique ou diète sèche, mém. lu devant la Société de méd. du Gard* (extrait dans *Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1843).

qu'il existe un cachexie entretenant des ulcères, des plaies dont rien ne triomphe; dans beaucoup d'affections chroniques, enfin, qui font le désespoir de l'art.

» Le mode de traitement dans lequel entre le mercure, et que l'on emploie contre les véroles opiniâtres, se compose d'un opiat, d'une tisane sudorifique, d'un régime particulier et de pilules. C'est l'administration ou la non-administration de ces pilules qui fait la différence des deux diètes sèches.

Formule des pilules arabiques.

℞ Mercure coulant pur... } Sublimé............ }	ââ 2 gram.	Agaric..................	4 gram.
		Miel..................	Q. s.
Séné................	4 gram.		

On réduit en poudre impalpable les substances végétales; le mercure coulant est éteint aussi parfaitement que possible avec le sublimé; ensuite avec du miel, on fait une masse pilulaire qu'on divise en pilules de 20 centigrammes. Ces pilules sont prises au nombre de deux par jour.

Formule de l'opiat arabique.

℞ Salsepareille..........	150 gram.	Coquilles de noisettes torréfiées..............	30 gram.
Squine...............	90 gram.		
Girofles..............	4 gram.	Miel..................	Q. s.

La dose est de 8 à 16 grammes matin et soir.

» Pour boisson, il est accordé au malade un litre ou deux par jour de tisane de salsepareille, de squine ou de gaïac.

» Le régime auquel le traitement doit son nom de *diète sèche* ne consiste qu'en galettes, raisins secs, noix, pruneaux, figues sèches, amandes torréfiées. Les aliments ordinaires sont entièrement proscrits.

» Les malades, à ce qu'il paraît, ne s'accommodent pas de ce régime aussi mal qu'on pourrait le croire. Tout d'abord leur appétit devient vorace; puis il diminue au bout de quelque temps, et alors commence l'impatience de voir cesser la monotonie de cette alimentation. Cependant les malades, étonnés, dit l'auteur, des résultats qu'ils ont obtenus, se montrent dociles jusqu'à la fin du traitement, qui varie de 30 à 50 jours.

» On commence par faire prendre chaque matin une pilule, avec un verre de tisane sudorifique après; l'opiat est pris une heure plus tard : un second verre de tisane l'accompagne; on fait de même le soir. Le restant de la tisane est pris dans le courant de la journée, pendant ou après les repas.

» Dans l'espace de quatre ans que M. Tribes a été témoin de l'emploi quotidien du traitement arabique à l'hôpital d'Aix, il n'a jamais vu un seul cas de salivation. Quelques médecins l'ont, il est vrai, observée en ville; mais c'était peu de chose en comparaison des salivations ordinaires. La diète sèche paraît modifier profondément les glandes salivaires.

» Des analyses chimiques, sévèrement faites, expliquent jusqu'à un certain point, dit l'auteur, l'innocuité des pilules arabiques, dans lesquelles le sublimé paraît se trouver à une dose si élevée. Par l'effet du mélange intime du mercure coulant et du sublimé corrosif, ce dernier subit une décomposition, de sorte qu'après il n'existe ni mercure naturel ni sublimé corrosif, mais un composé mercuriel nouveau, qui jouit au suprême degré de la propriété antisyphilitique.

» L'auteur ne recommande pas le traitement arabique comme une méthode usuelle; peu de malades voudraient s'y soumettre. Mais si l'économie est profondément atteinte, si des ulcérations profondes se montrent au pharynx, aux amygdales, aux piliers du voile du palais, si la voûte palatine est nécrosée et cariée, s'il y a ozène, s'il existe des ulcères à la peau, et surtout si ces phénomènes ont résisté aux traitements ordinaires, c'est alors qu'il convient de recourir au traitement arabique, comme étant, d'après l'auteur, la méthode la plus sûre et la plus efficace; et fréquemment, ajoute-t-il, on aura lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi.

» Cette méthode curative, sans mercure, donne également des résultats surprenants dans les affections graves de la peau surtout. »

Suivant M. Mialhe (1), c'est au sublimé corrosif qu'il faut attribuer l'action médicamenteuse du traitement arabique dans la syphilis.

Nous ne connaissons pas suffisamment les faits pour nous prononcer définitivement sur la valeur de ce traitement, qui cependant a été vivement recommandé par plusieurs médecins, et notamment par M. Payan. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il est nécessairement très difficile à suivre jusqu'au bout, et qu'il faut chez les malades une conviction profonde de son efficacité, jointe à l'expérience de l'inefficacité des autres moyens, pour qu'ils persévèrent. On conçoit, d'ailleurs, qu'on ne peut guère le proposer que dans les cas les plus rebelles.

Traitement de la syphilis chez les enfants à la mamelle. Dans un mémoire intitulé *de la syphilis chez les enfants*, M. Cullerier (2) conclut : 1° « que le traitement individuel ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait; qu'il est dangereux par le temps précieux qu'il fait perdre; 2° que le traitement direct est seul efficace et que le meilleur mode d'administration du mercure est celui par l'absorption cutanée. » Voici comment ce médecin le dirige :

Après avoir baigné l'enfant plusieurs fois à l'eau de son, il faut faire sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle une friction vive d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé, les frictions doivent être faites doucement et prolongées pendant plusieurs minutes; deux fois par semaine, elles sont suspendues et remplacées par un bain d'eau tiède dans lequel on ajoute du sublimé corrosif.

Pour un enfant de 2 mois à un an, onguent napolitain, 1 gramme, sublimé 2 à 4 grammes.

Pour les enfants plus âgés on peut porter la dose d'onguent à 2 grammes, et celle de sublimé à 4.

ARTICLE II.

PLAQUES MUQUEUSES.

J'ai dit, à propos des symptômes secondaires, qu'il en est un qui mérite une description particulière : c'est celui qui est constitué par les plaques *muqueuses*. Suivant plusieurs auteurs recommandables, ce symptôme est tantôt primitif et tantôt secondaire; mais il résulte des recherches les plus récentes, et en particulier de

(1) *Note sur le trait. arabique contre la syphilis* (*Union méd.*, 19 janvier 1847).
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 et 30 mai 1852.

celles qui sont consignées dans un intéressant travail dû à MM. Davasse et Deville (1), et de celles de M. Bassereau (2), qui vient de publier sur les affections cutanées syphilitiques un ouvrage conçu et exécuté dans un excellent esprit, qu'il faut le ranger parmi les symptômes secondaires; car si, dans quelques cas, on a vu les plaques muqueuses survenir dans les premiers jours de l'infection, ces cas sont très rares, et d'un autre côté, les plaques succèdent le plus souvent à des chancres, elles ne s'inoculent pas, et sont fréquemment le signe d'une syphilis héréditaire : c'est ce qui m'a engagé à présenter ici leur histoire.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition suivante, proposée par MM. Davasse et Deville, me paraît devoir être adoptée : « Nous entendons, disent-ils, sous le nom de *plaque muqueuse*, un symptôme syphilitique particulier, caractérisé par des élevures saillantes plus ou moins rosées, d'une forme assez souvent arrondie, recouvertes par une surface ressemblant assez à une membrane muqueuse ; elle siége au voisinage des ouvertures naturelles du corps, surtout au pourtour des organes génitaux et de l'anus, sur les muqueuses buccale et pharyngienne, et quelquefois sur d'autres parties du corps, plus particulièrement à la base des ongles, et là où la peau forme naturellement des plis en s'adossant à elle-même. »

On a donné à ce symptôme syphilitique un grand nombre de noms divers. Je citerai les suivants : *Pustule muqueuse, pustule plate ; tubercule muqueux, tubercule plat; papule muqueuse; syphilide muqueuse; syphilide tuberculeuse.* MM. Deville et Davasse ont critiqué ces diverses dénominations, et leur ont préféré celle de plaques muqueuses qui ne préjuge rien sur le caractère de la maladie; c'est la même raison qui me la fait adopter.

« De toutes les expressions symptomatiques de la syphilis constitutionnelle, aucune, disent les auteurs que je viens de citer, ne peut être comparée aux plaques muqueuses sous le rapport de la fréquence. » Cette proposition ne peut toutefois être regardée comme exacte que lorsqu'on considère la syphilis chez la femme. MM. Deville et Davasse nous apprennent, en effet, que dans le sexe féminin ils ont trouvé des plaques muqueuses chez plus de la moitié des sujets; mais tout le monde sait que les hommes y sont beaucoup moins exposés.

L'indication du *siége* de la maladie est suffisamment exprimée dans la définition; je n'y reviendrai pas ici.

§ II. — Symptomatologie.

Les recherches de MM. Deville et Davasse, que je dois citer à chaque instant, nous font connaître la manière dont se développent les plaques muqueuses. Ces auteurs désignent les phénomènes qui se produisent alors sous le nom d'*évolution.*

Ils ont noté que les plaques muqueuses se développent de deux manières : « Tantôt, disent-ils, elles naissent d'un chancre dont elles sont la *transformation in situ*, comme dit M. Ricord; tantôt elles se forment immédiatement sur des surfaces saines, » d'où résultent les phénomènes suivants :

1° *Transformation du chancre en plaque muqueuse.* Cette transformation a lieu

(1) *Des plaques muqueuses* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1855, t. IX et X).
(2) *Traité des affect. de la peau, sympt. de la syphilis*, Paris, 1852.

du quinzième au quarantième ou cinquantième jour. La surface du chancre, de grisâtre qu'elle était, devient bourgeonnante et rouge de la circonférence au centre. Le cercle inflammatoire prend une teinte plus sombre; il s'élargit, se tuméfie, devient saillant, se couvre d'une pellicule. Plus tard, le centre même du chancre est envahi, et « il en résulte la saillie granuleuse, irrégulière, recouverte entièrement de la pellicule membraniforme qui constitue la plaque muqueuse arrivée au dernier terme du développement. »

2° *Développement spontané.* Ce développement n'a pas été étudié par MM. Deville et Davasse, comme le précédent. Tout fait croire que, dans ce cas, la plaque muqueuse atteint promptement son plus haut degré; c'est du moins ce qu'on est porté à admettre, lorsqu'on voit dans quelques cas, de nombreuses et larges plaques apparaître un très petit nombre de jours après l'infection primitive.

M. Bassereau, qui a bien observé ce développement, le décrit comme il suit :

De la grande papule humide (*plaque muqueuse*) *sur les régions saines de la peau et des membranes muqueuses* (1). « Un point du scrotum, par exemple, ou de la bouche, rougit et s'étale circulairement; bientôt une sécrétion de sérosité, en quantité si petite, qu'elle suffit pour décoller l'épiderme, mais non pas pour le soulever sensiblement, se forme sur la plaque; le moindre frottement, l'action de se gratter, peuvent déchirer cet épiderme décollé, qu'on enlève aussi très facilement avec la pointe d'une aiguille. L'épiderme étant enlevé, on observe une surface rouge, vive et même saignante, ordinairement bordée par un petit bourrelet blanchâtre formé par la déchirure circulaire du lambeau épidermique.

» Après ce premier travail de fluxion inflammatoire de la peau, et le décollement de l'épiderme, on voit immédiatement paraître un autre phénomène : la surface malade de la peau se couvre d'une sécrétion plastique, blanchâtre, d'abord protégée par l'épiderme, s'enlevant comme les pseudo-membranes, et laissant à nu une surface saignante. La sécrétion blanche dont je parle se forme difficilement sur les surfaces exposées à de trop grands frottements; le corps réticulaire reste quelque temps à nu, humide et saignant. Alors commence une période qui manque presque toujours dans les membranes muqueuses, et qui est, en général, très caractérisée sur la peau; c'est la période de végétation de la surface humide qui s'élève en forme de larges papules, s'étale quelquefois après s'être élevée, et forme des espèces de condylômes, dont la base se trouve moins large que le sommet. »

A ces deux modes de développement, il faut en joindre un troisième que M. Bassereau (2) a observé et décrit comme il suit :

3° *Développement sur la cicatrice d'un chancre récemment guéri.* Ce mode d'évolution observé huit fois par M. Bassereau à la suite de chancres phagédéniques, ayant largement ulcéré les tissus, commença du quinzième au quatre-vingt-dixième jour après la formation de la cicatrice; l'épiderme qui la recouvrait se déchira au début de la période de fluxion; une sécrétion blanche et comme diphthéritique se forma rapidement et envahit toute la surface de la cicatrice. M. Bassereau insiste sur ce mode de développement qui peut faire prendre ces symptômes secondaires pour des chancres qui récidivent.

(1) *Loc. cit.*, p. 324.
(2) *Loc. cit.*, p. 325.

Caractères des plaques muqueuses. Je crois devoir décrire en peu de mots ces plaques, généralement très faciles à reconnaître. Elles sont *saillantes*, ordinairement arrondies, quelquefois elliptiques ou irrégulières. Elles ont une *étendue* qui varie entre 2 millimètres et 2 centimètres: leur saillie est de 2 à 5 millimètres. Leur surface est plane, parfois légèrement bombée. Leur *couleur* varie du rose au violet foncé. Les plaques muqueuses sont ordinairement couvertes d'une *pellicule* mince, fine et molle, d'apparence muqueuse, et de là le nom qu'on leur a donné. Dans les cas peu fréquents où cette pellicule manque, la surface est *granulée*.

Tantôt les *bords* de la plaque sont saillants et nettement coupés, tantôt ils s'abaissent insensiblement vers la peau, tantôt ils sont renversés.

La *consistance* des plaques est mollasse; elles sécrètent un liquide gluant, dense, d'une odeur forte, *sui generis;* quelquefois même un liquide puriforme; et, dans ce cas, les parties environnantes enflammées offrent une sécrétion semblable: parfois, au contraire, la surface des plaques est sèche.

Il n'est pas très rare de voir les plaques muqueuses déterminer des *démangeaisons* parfois très vives. Quant à leur nombre, il est on ne peut plus variable, puisque parfois on n'en voit qu'une seule, et que certains sujets en présentent plus de cent.

Tels sont les caractères des plaques muqueuses. Mais il est un certain nombre de variétés qu'il importe de signaler.

Variétés. Je ne ferai que mentionner l'*éruption discrète* et l'*éruption confluente;* ces expressions suffisent seules pour faire comprendre quels sont les caractères de ces variétés. Parfois les plaques présentent une ulcération irrégulière, grisâtre, plus ou moins profonde, sécrétant un pus fétide; elles constituent la variété désignée sous le nom de *plaque ulcérée*. Si la plaque se couvre d'une fausse membrane grisâtre, on lui donne le nom de *plaque diphthéritique*. Si des végétations se développent sur la surface de la plaque, il existe la *plaque végétante*. Les *condylômes* et les *rhagades* ne sont eux-mêmes que des plaques muqueuses occupant le pourtour de l'anus, saillantes (condylômes) ou ulcérées (rhagades), et, dans ce dernier cas, donnant lieu à des symptômes analogues à ceux que produit la *fissure à l'anus*.

Les *plaques du cuir chevelu* ont cela de remarquable, que le liquide qu'elles sécrètent agglutine les cheveux. Sur les *membres*, le *tronc*, les *joues*, elles se couvrent de croûtes jaunâtres et transparentes; aux commissures des lèvres, elles sont légèrement granulées; sur la *langue*, elles sont grisâtres ou d'un rouge terne; sur les *amygdales* et le *voile du palais*, elles sont d'un blanc grisâtre et se recouvrent, plus fréquemment que dans tout autre point, d'une exsudation plastique. Entre la base des *orteils*, elles ressemblent assez aux rhagades. On a vu quelquefois les plaques occuper tous les points du corps: M. Cazenave a cité des cas remarquables de cette *éruption générale*.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

C'est à MM. Davasse et Deville (1) qu'on doit les meilleures études sur la

(1) *Loc. cit.*, 4ᵉ série, 1845, t. IX.

marche, la durée et les diverses terminaisons des plaques muqueuses. Il résulte de leurs recherches qu'après s'être développées, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces plaques, si elles sont abandonnées à elles-mêmes, restent stationnaires pendant un temps indéterminé, puis finissent par disparaître spontanément.

La *durée*, en pareil cas, varie de quinze jours à plusieurs mois. Le traitement mercuriel a pour résultat de diminuer beaucoup cette durée. La *terminaison* favorable se produit par la dessiccation et la flétrissure des plaques; mais tout n'est pas fini lorsqu'elles ont disparu. D'une part, en effet, il survient quelquefois des récidives, si l'on a employé un traitement autre que le traitement mercuriel, et surtout si l'on a négligé tout traitement; et, d'autre part, il est à craindre que des symptômes tertiaires ne se montrent plus tard. Dans les cas où les plaques muqueuses ont été ulcérées, il reste de petites cicatrices.

§ IV. — Diagnostic, pronostic.

C'est encore à MM. Davasse et Deville (1) que nous devons emprunter les détails du diagnostic. Toutefois, sur ce point, je n'entrerai pas dans de grands détails, parce que, comme le font remarquer ces deux auteurs, il suffit d'avoir observé une fois les plaques muqueuses pour ne les confondre à peu près jamais avec aucun autre symptôme syphilitique, ce qui prouve qu'elles ont des caractères distinctifs très marqués.

Le *chancre induré* est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, tandis que le contraire a lieu pour la plaque muqueuse; celle-ci est habituellement molle, et n'a jamais la dureté caractéristique du chancre induré; elle a une surface légèrement convexe; elle est recouverte ordinairement d'une pellicule fine et de couleur rosée; le chancre est concave, à bords saillants, sans pellicule, et grisâtre.

Les *papules syphilitiques* n'ont qu'une ressemblance très éloignée avec la plaque muqueuse; elles ne présentent pas de sécrétion, n'ont pas de pellicule muqueuse, offrent une desquamation : ces signes sont suffisants.

Je me contenterai d'ajouter que les altérations décrites sous le nom de *tubercules syphilitiques* ne sont autre chose que les plaques muqueuses elles-mêmes. Quant aux *végétations*, à la *fissure à l'anus*, à l'*eczéma*, à la *stomatite mercurielle*, à l'*angine simple*, etc., ces lésions sont trop différentes des plaques muqueuses pour que je doive faire autre chose que les mentionner; disons seulement que ce qui peut rendre le diagnostic difficile, c'est le mélange de ces diverses affections. Le médecin doit alors remonter aux antécédents, peser toutes les circonstances concomitantes, savoir s'il a existé des chancres, etc., etc.; car, par une étude attentive de la marche et de la succession des symptômes, on est presque toujours sûr d'arriver facilement au diagnostic.

Pronostic. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, les plaques muqueuses syphilitiques ne présentent aucun danger par elles-mêmes, mais elles sont l'indice d'une infection générale, et c'est seulement sous ce point de vue que le pronostic offre une certaine gravité.

(1) *Loc. cit.*, 4ᵉ série, 1846, t. X, p. 313.

§ V. — Traitement.

Si l'on ne voulait s'occuper que du traitement des plaques muqueuses elles-mêmes, on aurait très peu de chose à dire, car presque toujours elles cèdent rapidement aux moyens les plus simples, mais ce traitement n'est presque rien ; ce qui est véritablement important, c'est le traitement qu'exige l'infection générale : je vais, en peu de mots, envisager la question sous ces deux points de vue.

Traitement local. Pour le traitement local, on a mis en usage les *mercuriaux*, les *astringents*, et même les *caustiques*. Disons d'abord que, dans l'immense majorité des cas, il suffit de quelques onctions avec l'*onguent napolitain* pour faire disparaître en très peu de jours les plaques muqueuses ; mais j'ai remarqué, pendant que je faisais un service à l'hôpital de Lourcine, que sous l'influence de ce traitement, la salivation mercurielle se produit avec la plus grande facilité ; aussi faut-il *ne faire pratiquer les onctions sur les plaques que deux fois par jour*, faire *laver* les malades, dix minutes après, avec l'*eau savonneuse*, et, *au bout de trois jours, suspendre les onctions.* Cette suspension ne nuit pas à l'effet du traitement ; les plaques, en effet, complétement flétries, ne tardent pas à s'effacer tout à fait avec quelques soins de propreté. Pour ma part, je n'ai pas trouvé de cas qui résistât à ce traitement local ; cependant on a cité des exemples de plaques muqueuses ulcérées qui exigeaient d'autres moyens ; j'en parlerai tout à l'heure.

On peut aussi guérir les plaques muqueuses par des onctions avec la *pommade au calomel*, ou *en saupoudrant les parties malades avec du calomel en poudre*, et par d'autres préparations mercurielles. « Pour M. Ricord, disent les auteurs du *Compendium*, la médication locale la plus énergique et la plus efficace est la suivante : On lotionne deux fois par jour les plaques muqueuses avec un liquide composé de *quatre parties d'eau distillée pour une partie de chlorure d'oxyde de sodium ; puis on les saupoudre de calomel*, et l'on garantit avec un linge les surfaces ainsi pansées, du contact des parties voisines. La guérison s'opère en cinq ou six jours...

« Ce traitement n'est pas applicable aux plaques muqueuses de la bouche, pour lesquelles M. Ricord emploie la cautérisation superficielle par le *nitrate acide de mercure.* »

J'insisterai très peu sur la médication astringente, dont les effets sont généralement moins sûrs et moins prompts que ceux des moyens précédents. Je me contenterai de dire que, sous l'influence de *lotions* faites avec une solution de *sulfate de zinc*, d'*alun*, d'*acétate de plomb*, on a fait fréquemment disparaître les plaques muqueuses ; mais il nous est difficile de dire quelle a été en pareille circonstance, l'action du médicament, et quelle est la part qu'il faut faire aux simples soins de propreté.

Parfois les plaques muqueuses présentent une ulcération douloureuse ; on est souvent obligé alors de se borner, dans les premiers jours, à de simples *lotions émollientes*, et à un pansement, matin et soir, avec le *cérat opiacé ;* mais dès que l'irritation et la douleur sont passées, il faut recourir au traitement précédent, ou employer la cautérisation.

La *cautérisation* des plaques ulcérées se fait ordinairement en promenant légè-

rement sur leur surface un *crayon de nitrate d'argent*, ou bien en les touchant soit avec une *solution concentrée de nitrate d'argent* (4 ou 5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée), soit avec le *nitrate acide de mercure*, l'*acide chlorhydrique*, etc. On redoutait beaucoup, avant ces dernières années, ces cautérisations qui, selon les idées généralement reçues, mettaient les sujets en grand danger de voir apparaître des symptômes consécutifs, en supprimant ainsi cette manifestation syphilitique qu'on jugeait nécessaire; mais il est évident qu'on était dans l'erreur, et que la cautérisation des plaques ulcérées, pas plus que celle du chancre, ne peut avoir aucun effet sur l'infection générale, qui, ainsi que le reconnaissent tous les auteurs, existe déjà lorsque ces plaques se produisent. Ceci m'amène à dire un mot du traitement général, qui seul évidemment peut avoir une influence sur les conséquences de cette infection générale.

Traitement général. Si l'on considère les principaux auteurs qui se sont occupés de cette importante question, on se trouve assez embarrassé pour se former à ce sujet une opinion définitive; cependant je ne crois pas qu'un médecin prudent puisse se dispenser de mettre en usage le traitement général, car il est loin d'être démontré par les faits qu'un pareil traitement n'a pas prévenu maintes fois le développement de symptômes secondaires et tertiaires graves.

Maintenant dois-je entrer dans des détails sur ce traitement général? Évidemment non; car ce que j'ai dit dans l'article précédent s'applique tout à fait aux plaques muqueuses qui, sous ce rapport, ne réclament aucun moyen particulier.

ARTICLE III.

SYPHILIDES.

Nous devons à M. Cazenave (1) un des meilleurs traités sur les syphilides, affections dont il avait déjà donné, avec M. Schedel, une bonne description (2) d'après les principes établis par Biett. Mais déjà, depuis l'apparition des premières épidémies vénériennes, on avait remarqué ces affections particulières de la peau, qui suivent les accidents primitifs de la syphilis, et qui ont, comme on le verra plus loin, des caractères particuliers. Seulement alors, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Nicolas Massa (3), on désignait d'une manière vague les diverses lésions qui constituent les syphilides, sous le nom de *pustules*, en se contentant de signaler quelques uns de leurs caractères physiques. C'est à Gallus (4), et après lui à Gaspard Torella (5), qu'on doit d'avoir établi plusieurs espèces de syphilides. Ensuite les travaux d'Astruc, de Hunter, de B. Bell, etc., ont ajouté à nos connaissances sur ces maladies. Mais il faut arriver à Biett, qui a appliqué à leur étude la méthode de Willan, pour en avoir une histoire aussi satisfaisante que possible. J'ai déjà dit que c'est d'après ces principes que M. Cazenave, qui a beaucoup ajouté à nos connaissances par ses intéressantes recherches, a tracé sa description; ce sont eux aussi qui ont guidé, dans leurs recherches, M. Rayer (6), M. Legendre, à qui nous

(1) *Traité des syphilides, ou malad. vénér. de la peau.* Paris, 1843, in-8, et atlas.
(2) *Abrégé prat. des malad. de la peau.* Paris, 1847, in-8.
(3) *Lib. de morb. gallico.* Ven., 1563.
(4) *De lign. sanct.*, etc.
(5) *Tract. cum consil. contra pudend. sive morb. gal.*
(6) *Traité des malad. de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 340.

devons une très bonne thèse sur ce sujet, MM. Béhier, Martins, et surtout M. L. Bassereau (1), dont j'ai déjà eu l'occasion de citer l'excellent traité. Enfin, nous avons vu ce que l'on doit à M. Ricord relativement à la succession des symptômes secondaires, parmi lesquels il faut citer les syphilides, et M. Leudet (2) nous a donné sur ce sujet un mémoire fort intéressant, d'après des observations recueillies avec soin dans le service de ce chirurgien à l'hôpital du Midi.

Ces affections ont un très grand nombre de caractères communs, et ce sont précisément ces caractères communs qu'il importe le plus de connaître, puisqu'ils servent à différencier les syphilides des affections ordinaires de la peau. Il convient donc de traiter d'abord avec détail des symptômes communs des syphilides, ou des *syphilides en général;* il suffira ensuite de quelques rapides indications pour faire connaître les syphilides en particulier.

1° DES SYPHILIDES EN GÉNÉRAL.

Nous avons vu plus haut que certains accidents syphilitiques, bien qu'ayant la peau pour siége, ne sont pas regardés comme des syphilides par quelques auteurs, tandis que d'autres les rangent dans cette catégorie. Je ne rechercherai pas quelle est de ces opinions celle qui est le mieux appuyée sur les faits, cette discussion nous entraînerait trop loin, sans nous conduire à un résultat bien positif; d'ailleurs, ce qui est important pour la pratique, c'est de savoir que tous les symptômes syphilitiques cutanés sont des signes d'infection générale, et c'est ce qui est unanimement reconnu. Du reste, ayant déjà traité à part des plaques muqueuses, je n'ai plus à m'occuper que des syphilides admises par tout le monde, et qu'on pourrait nommer *syphilides proprement dites.*

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Aux *syphilides proprement dites*, dont je vais m'occuper exclusivement, s'applique très bien la définition proposée par les auteurs du *Compendium*, et que, par cette raison, je reproduis ici : « Nous désignons sous le nom générique de *syphilides* les accidents *secondaires* qui se développent *sur la peau.* »

La grande fréquence des syphilides est généralement connue; c'est, en effet, la présence ordinaire de ces symptômes secondaires qui fait reconnaître le plus souvent l'infection syphilitique générale.

§ II. — Division.

C'est d'après les caractères particuliers des syphilides qu'on a établi leur division; or ces caractères sont ceux des maladies ordinaires de la peau, et c'est précisément ce qui a permis à Biett de leur appliquer la méthode de Willan. Il suffit donc de rappeler la division que nous avons suivie dans le chapitre précédent, et de l'appliquer aux accidents syphilitiques. La voici telle que l'a suivie M. Cazenave :

1° *Syphilide exanthématique :* Roséole, érythème syphilitiques.

(1) *Traité des affect. de la peau, symptomat. de la syphilis.* Paris, 1852.
(2) *Rech. sur les syphil., d'après des observ. recueillies à l'hôpit. du Midi, dans le service de M. Ricord* (*Arch. gén. de méd.*, 4° série, 1849, t. XIX, p. 26, 287).

2° *Syphilide vésiculeuse :* Eczéma, herpès syphilitique, syphilide à forme de varicelle.

3° *Syphilide bulleuse :* Pemphigus, rupia syphilitiques.

4° *Syphilide pustuleuse :* Acné, impétigo, ecthyma syphilitiques.

5° *Syphilide tuberculeuse :* Il ne faut pas confondre cette espèce avec les plaques muqueuses. On en a décrit plusieurs formes, suivant que les tubercules sont en groupes, disséminés, perforants, serpigineux.

6° *Syphilide papuleuse :* Lichen syphilitique.

7° *Syphilide squameuse :* Psoriasis syphilitique, syphilide squameuse cornée.

8° Sous le nom de *syphilide maculée*, les auteurs du *Compendium* ont désigné les taches syphilitiques de la peau, que M. Cazenave range parmi les *symptômes concomitants.*

Si maintenant nous examinons le degré de fréquence de chacune de ces espèces en particulier, nous voyons qu'il est très variable. Voici, en effet, ce que les auteurs du *Compendium*, après avoir consulté les meilleurs écrits, ont dit à ce sujet : « La forme exanthématique est la plus commune, suivant M. Ricord, quand on observe les malades peu de temps après l'accident primitif. M. Cazenave assure, au contraire, que la roséole est une des éruptions syphilitiques que l'on observe le moins fréquemment. La forme vésiculeuse est très rare ; les formes papuleuse et tuberculeuse sont très communes. Sur 98 cas de syphilide recueillis par MM. Martins et Mac-Carthy, on compte :

» 30 syphilides papuleuses ;
» 27 roséoles syphilitiques;
» 26 syphilides tuberculeuses;
» 10 syphilides pustuleuses;
» 3 syphilides vésiculeuses ;
» 2 syphilides squameuses. »

§ III. — Caractères communs des syphilides.

Coloration. Dès que les syphilides ont été convenablement étudiées, on a remarqué qu'elles se distinguent des affections ordinaires de la peau par une *teinte particulière* que Fallope a comparée à celle de la *chair de jambon* et qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de *couleur rouge cuivrée.* Cette coloration a été notée d'une manière constante par M. Cazenave, mais elle est loin d'être toujours la même, et elle n'a pas constamment l'aspect rouge cuivré proprement dit. Elle varie, en effet, du rouge cuivré au gris brunâtre. « Cette coloration, dit M. Cazenave, existe dans les taches, dans les papules, dans les tubercules, à la base des pustules et des vésicules; elle accompagne constamment les élévations squameuses, quelquefois les squames elles-mêmes. Permanente, elle disparaît incomplétement sous la pression du doigt, ce qui vient prouver encore qu'elle n'est jamais entièrement sous la dépendance du réseau capillaire sanguin. Constituant quelquefois la maladie tout entière, plus vive au début de l'éruption, elle devient de plus en plus grise, à mesure qu'elle disparaît. Succédant souvent aux syphilides elles-mêmes, elle résiste quelquefois longtemps après que l'éruption a disparu, surtout quand celle-ci a laissé après elle des cicatrices. »

Forme circulaire. De tout temps on a remarqué la disposition que présentent

les ulcérations vénériennes à affecter la forme circulaire. Cette disposition se retrouve également dans les diverses éruptions cutanées, bien que d'une manière assez souvent moins évidente ; c'est ce que M. Cazenave a constaté en examinant les faits.

Chronicité. M. Cazenave range parmi les caractères les mieux tranchés des syphilides celui de ne jamais se présenter avec un état franchement aigu. « Partout, dit-il, la marche de l'éruption est lente, le travail de suppuration difficile, celui de cicatrisation plus lent encore, etc. ; et c'est à mes yeux un signe très important que cette lenteur, cette chronicité de la marche des syphilides. »

Nature des lésions secondaires. Le même auteur, à qui j'emprunte une grande partie de cette description, parce que rien ne pourrait suppléer à ses intéressantes recherches, s'exprime à ce sujet comme il suit : « Ainsi les squames sont, en général, plus minces, plus sèches encore que dans les affections squameuses simples. Elles sont surtout beaucoup moins larges ; elles ne recouvrent jamais toute l'étendue de la plaque autour de laquelle on les voit former un liséré blanchâtre bien remarquable, et auquel Biett attachait avec beaucoup de raison une grande valeur pour le diagnostic. Enfin, elles se reforment avec lenteur ; aussi observe-t-on le plus souvent les élévations papuleuses du psoriasis et de la lèpre syphilitique dépouillées de leurs squames.

« Les *croûtes* sont ordinairement épaisses, verdâtres, quelquefois noires, dures, comme sillonnées, très adhérentes. Elles sont toujours l'expression d'une destruction de tissu plus ou moins étendue, ou bien elles surmontent une ulcération, et alors elles sont plus molles, plus larges à leur base, comme entourées d'un cercle mollasse, cuivré, qui les recouvre un peu dans toute leur circonférence ; ou bien elles reposent sur un point cicatrisé, et, dans ce cas, elles sont souvent sèches, comme retirées, racornies à leur base, qui est inégale, et qui, par des pertes successives, découvre graduellement une cicatrice dans laquelle elle semble pénétrer, pour ainsi dire, par des espèces de mamelons entourés d'une petite desquamation sèche et blanchâtre. »

Destruction des tissus. Tout le monde a remarqué la grande tendance des syphilides à se terminer par la destruction des tissus ; mais ce caractère n'est pas aussi général que les précédents, puisqu'il ne s'applique ni à la syphilide exanthématique, ni à la syphilide squameuse.

Lorsque la destruction a lieu par ulcération, la *forme* de celle-ci est presque toujours remarquable ; mais, dans quelques cas, la destruction des tissus a lieu sans qu'il se produise d'ulcération : c'est une simple absorption d'un tissu dégénéré que l'on observe dans certains cas de syphilide papuleuse et tuberculeuse.

Cicatrices. Je ne saurais mieux faire encore que de laisser parler sur ce point M. Cazenave : « Elles sont, dit-il, arrondies, plus ou moins déprimées : récentes, elles ont une couleur comme bronzée ; quelquefois leur tissu gonflé offre une légère saillie ; sous l'épiderme, on voit ramper des vaisseaux superficiels. Plus tard, elles s'affaissent : il semble qu'un travail d'absorption s'établisse à l'intérieur ; elles perdent leur teinte violacée ; elles deviennent blanches, plus déprimées encore ; leur surface, d'un blanc mat, est d'ailleurs tendue ou plissée, lisse ou gaufrée, et quelquefois sillonnée de brides plus dures et plus saillantes.

» Dans quelques circonstances elles sont blanches dès les premiers temps, mais

d'un blanc bleuâtre ; elles sont alors entourées d'une *auréole cuivrée* qui va toujours en diminuant, et dont la teinte se perd progressivement dans la couleur de la peau environnante. »

A ces caractères M. Bassereau (1) en ajoute deux autres. Le premier appartient spécialement aux syphilides précoces ; c'est une tendance singulière à la *polymorphie*, c'est-à-dire à l'évolution simultanée de syphilides de diverses formes chez un même sujet, ce qui arrive rarement dans les maladies non spécifiques de la peau ; le deuxième caractère est tiré de la différence de forme qui existe entre les éruptions syphilitiques et les affections cutanées vulgaires qui s'en rapprochent le plus par la lésion élémentaire.

Tels sont les caractères communs des syphilides. Si je voulais être très complet, je devrais étudier la marche, les terminaisons, le diagnostic, le pronostic de ces affections ; mais, en les envisageant ainsi d'une manière générale, je n'aurais à présenter que des considérations d'une valeur secondaire. Si sur chacun de ces points de vue j'ai quelque chose d'intéressant à dire, il vaut mieux le renvoyer à l'exposé des diverses espèces en particulier. Je ne m'arrêterai donc un instant que sur l'étiologie des syphilides, qui présente quelques points importants à noter, et sur le traitement, qui doit être étudié en général ; car, ainsi que nous le verrons plus loin, il n'est guère de moyen thérapeutique qui s'applique à une espèce de syphilide plutôt qu'à une autre.

§ IV. — Causes des syphilides.

Il est évident que je ne dois pas m'occuper ici de la cause principale des syphilides. Tout le monde convient aujourd'hui qu'on la trouve dans l'infection générale de l'économie par le virus syphilitique. Mais il est des circonstances dans lesquelles ces affections spécifiques de la peau se développent plus particulièrement, et ce sont ces circonstances que je vais rechercher.

Je ne discuterai pas longuement la question de savoir quel est le temps au bout duquel apparaissent les syphilides après l'infection générale. Il est sur ce point des opinions diverses qu'il serait trop long d'énumérer, d'autant plus que j'en ai déjà examiné plusieurs. Je dirai seulement que, d'après les recherches de MM. Martins, Legendre et Cazenave, la moyenne de cet intervalle est d'environ cinq ans. Suivant ces auteurs aussi, les syphilides surviennent plutôt après les chancres qu'après tout autre accident primitif ; mais nous savons que l'on a nié la possibilité de l'infection syphilitique après une simple blennorrhagie, et c'est un point sur le quel je n'ai pas à revenir. J'ajouterai seulement que M. Leudet (2), d'après les faits qu'il a attentivement observés, a adopté l'opinion de M. Ricord. Du reste, la durée de cette incubation est très variable, puisqu'elle a oscillé entre un mois et plus de trente ans. Toutefois il faut ajouter qu'il est assez rare que cette durée soit au-dessous d'un an, très rare qu'elle soit au-dessus de trente, et que généralement elle ne dépasse pas dix ans, et encore les cas de très longue durée ne sont-ils pas à l'abri de toute objection.

M. le docteur Reverchon (3), dans ses recherches à l'hôpital Saint-Louis, a

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*, p. 289.
(3) *De l'étiologie des syphilides*, thèse. Paris, 1848.

trouvé, comme MM. Cazenave, Legendre et Martins, que les syphilides sont moins fréquentes, après le traitement mercuriel des accidents primitifs, qu'à la suite d'une simple médication antiphlogistique.

De ce que les syphilides se développent ordinairement dans les dix ans qui suivent l'apparition des symptômes primitifs, on peut conclure qu'elles se montrent le plus souvent de vingt à quarante ans, car c'est de dix-huit à trente ans que l'on contracte ordinairement la syphilis. Hors de là, on ne peut accorder aucune influence à l'*âge*. Dans la première enfance, la syphilide peut se montrer ; elle est alors souvent *héréditaire*. Il n'y a aucune différence sous le rapport des *sexes*.

Si l'on s'en rapporte aux faits rassemblés par M. Cazenave, on doit admettre que le *froid* a une action marquée sur la production des syphilides ; mais tout en faisant remarquer que le relevé de ces faits concorde avec l'opinion générale, l'auteur convient que le nombre des observations ne permet pas de conclure définitivement.

Nous n'avons pas de données suffisantes relativement à l'action du *tempérament* et des *professions*. Suivant M. Cazenave, les *conditions hygiéniques* mauvaises ont de l'influence sur le développement des syphilides ; mais nous manquons, à cet égard, de la preuve fournie par les faits.

M. Leudet (1), en étudiant ses observations, est arrivé à ces deux résultats importants : « 1° Un même malade peut être atteint plusieurs fois de syphilides ; 2° ces éruptions affectent en général de plus en plus profondément l'élément cutané. » Pour compléter cette dernière proposition, je dois ajouter, toujours d'après M. Leudet, que les syphilides qui se montrent le plus longtemps après les accidents primitifs sont les plus profondes, en sorte que la profondeur à laquelle pénètre l'altération du derme est un élément utile pour juger de l'ancienneté de la maladie, et que telles ou telles formes de syphilides appartiennent plus particulièrement aux syphilis récentes ou anciennes.

Quant aux *causes occasionnelles*, voici comment s'exprime sur ce point M. Cazenave : « Il ne suffit pas, dit-il, pour que l'éruption se manifeste, que la syphilis existe, il faut encore que son apparition soit le résultat accidentel d'un élément morbide non spécial, capable de déterminer un trouble quelconque, trouble qui est suivi de l'apparition du symptôme consécutif : c'est la cause occasionnelle du développement des syphilides. Cette cause peut varier d'ailleurs à l'infini ; elle peut être une émotion morale vive, une affection non vénérienne, un coup, une plaie, un excès de boisson, une fatigue excessive, un bain de vapeur, l'application d'un vésicatoire. J'ai vu une syphilide déterminée par l'usage de la médecine Leroy. Il est vrai que, dans la plupart des cas, il est difficile de saisir dans les souvenirs du malade cette cause souvent peu appréciable, qui a pu passer inaperçue ; cependant je n'hésite pas à penser que presque toujours elle existe, et qu'elle joue un grand rôle dans le développement des syphilides. »

Comme on le voit, il existe encore bien des doutes sur ces causes. J'ajoute que les syphilides peuvent être non seulement héréditaires, ainsi que je l'ai dit plus haut, mais encore *congénitales*.

(1) *Arch. de méd.*, *loc. cit.*, p. 290.

§ V. — **Traitement.**

Il est évident que le traitement des syphilides doit être celui de la syphilis elle-même, dont elles ne sont qu'une manifestation. Aussi me contenterai-je d'indiquer quelques préparations que je n'ai pas encore mentionnées, et qui, d'après l'expérience des auteurs qui se sont particulièrement occupés des syphilides, sont d'une administration sûre et commode.

Mercuriaux. M. Cazenave administre le *deutochlorure de mercure* sous la forme suivante :

℞ Sirop sudorifique de Larrey.	500 gram.	Deutochlorure de mercure.	àâ 0,25 gram.
Chlorhydrate d'ammon....	0,25 gram.	Extrait aqueux d'opium...	

Mêlez.

C'est le *sirop de Larrey additionné* qu'on donne à la *dose d'une cuillerée à bouche*, matin et soir, et que j'ai toujours pu donner sans inconvénient à la dose de trois cuillerées à bouche par jour chez les adultes robustes.

Le *mercure soluble de Hahnemann* est encore une préparation préconisée : « Il est, dit M. Cazenave, toléré par les individus faibles et délicats. » On le donne comme il suit :

℞ Mercure soluble de Hahnemann (protonitrate ammoniacal mercuriel).	2 gram.
Thridace..	2 gram.

Faites quarante pilules. Dose : une matin et soir. On peut élever cette dose jusqu'à quatre pilules.

Je signalerai encore le *proto-iodure de mercure*, les *pilules de Sédillot*, la liqueur de Van-Swieten.

M. Ricord (1) prescrit les pilules suivantes :

℞ Proto-iodure de mercure	àâ 3 gram.	Extrait d'opium..........	1 gram.
Extrait de thridace....		Extrait de ciguë..........	6 gram.

Mêlez. Pour soixante pilules. Dose : d'abord une, puis deux, trois et quatre par jour.

On ne saurait accorder aux *acides*, aux préparations d'*or* et d'*argent*, une confiance assez grande pour les préférer aux mercuriaux ; je me contente donc de les indiquer.

Sudorifiques. Je ne m'étendrai pas davantage sur les sudorifiques, bien qu'on ne puisse nier leur utilité. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit prudent de s'en tenir aux simples sudorifiques ; il ne faut les considérer que comme des adjuvants précieux. Quant à leur administration, je n'ai rien de particulier à en dire.

L'*iodure de fer*, et surtout l'*iodure de potassium*, si précieux dans le traitement de tant d'accidents syphilitiques consécutifs, paraissent très inférieurs au mercure, lorsqu'il s'agit des maladies cutanées syphilitiques; c'est pourquoi je me borne à les mentionner.

A ces divers modes de traitement il faut nécessairement associer les soins hygiéniques. Un *régime doux*, des *bains* simples, alcalins, de vapeur, pour les individus robustes ; les *toniques*, une *alimentation* riche, éviter le froid et l'humidité, pour les sujets cachectiques, telles sont en quelques mots les précautions à prendre. Les

(1) Voy. Leudet, *loc. cit.*, p. 300.

autres moyens que je pourrais mentionner ne sont que des adjuvants que chacun trouvera facilement.

« Il y a cependant, dit M. Cazenave, un mode de traitement d'une grande efficacité, à l'aide duquel j'ai vu plusieurs fois obtenir des modifications profondes, des guérisons durables, dans des cas où les symptômes les plus graves, les ulcérations les plus invétérées, avaient résisté à une foule de moyens. Je veux parler de l'*extrait aqueux d'opium*, moyen précieux, même dans les cas de cachexie profonde. *On l'administre à la dose de* 0,025 *grammes d'abord, puis on augmente progressivement de* 0,025 *grammes jusqu'à* 0,15 *et* 0,20 *grammes par jour.*

» Quant aux *syphilides qui attaquent les enfants* non sevrés, elles réclament, dit le même auteur, le *traitement de la nourrice*, traitement qui est exactement le même que celui que je viens d'indiquer pour les *femmes enceintes* (mercure de Hahnemann, sirop de Larrey, proto-iodure de mercure). On a plusieurs fois aussi *remplacé le lait de la nourrice par celui d'une chèvre*, à laquelle *on faisait alternativement à la partie interne des cuisses des frictions avec un mélange d'onguent napolitain et de camphre.*

» En général, je ne me contente pas, dans ce cas, du traitement fait à la nourrice ; je l'aide ordinairement par des *moyens employés directement chez l'enfant.* Ainsi, *chez un enfant tout jeune*, je fais faire *tous les jours des frictions sur les gencives et la langue avec* 12 *milligrammes de calomel incorporé dans du miel.* J'ai plusieurs fois remplacé le calomel par 4 *ou* 6 *milligrammes de proto-iodure de mercure administré de la même manière.*

» Cette méthode, dont j'ai obtenu de bons effets, me semble utile dans la *syphilis congénitale ;* elle est indispensable dans la *syphilis héréditaire* (1).

» Chez les *enfants plus âgés*, d'un peu plus d'un an, par exemple, j'ai donné plusieurs fois le *sirop de Portal* à la dose d'*une cuillerée à café* d'abord, puis de *deux, dans les vingt-quatre heures.* J'en ai obtenu de bons résultats.

» Voici la formule de ce sirop :

♃ Racine de gentiane.......	15 gram.	Cresson de fontaine.......	ââ Q. s.
de garance.......	ââ 8 gram.	Cochléaria................	
Quinquina............		Sublimé corrosif...........	0,10 gram.
Racine de raifort sauvage..	15 gram.		

On fait bouillir les racines avec le quinquina dans 1000 grammes d'eau réduits de moitié; on passe la décoction. On ajoute 750 grammes de sucre. On fait cuire à consistance de sirop ; on passe.

D'une autre part, on pile dans un mortier les feuilles de cresson, de cochléaria, et les racines de raifort ; on exprime pour avoir 190 grammes de suc que l'on filtre à froid. On ajoute 350 grammes de sucre ; on chauffe au bain-marie ; on passe et l'on ajoute ce sirop à l'autre.

Enfin on fait dissoudre le deutochlorure de mercure dans environ 4 grammes d'alcool, et on le mêle exactement au sirop.

Restent maintenant quelques médications empiriques, auxquelles on peut avoir recours dans les cas rebelles, et que M. Cazenave mentionne, ainsi qu'il suit : « Enfin, c'est surtout alors qu'elles sont compliquées depuis longtemps de symptômes concomitants graves, que les syphilides résistent quelquefois aux divers traitements mercuriels, à la plupart des moyens qui composent une thérapeutique

(1) Nous avons vu plus haut que M. Cullerier a constaté également l'insuffisance du traitement par la nourrice.

rationnelle. C'est dans ces circonstances que le malade est conduit à cet état si grave de cachexie syphilitique. C'est alors que, si les sudorifiques, l'iodure de fer, la *tisane de Feltz* n'ont amené aucune modification, le mal semble être au-dessus des ressources de l'art ; mais c'est alors aussi que j'ai vu quelquefois réussir les *arsenicaux;* c'est dans ces cas que j'ai vu employer, que j'ai employé moi-même certains moyens empiriques avec un succès inattendu. Je veux parler de la *tisane sudorifique d'Arnoud*, et surtout des *décoctions de Zittmann, de Pollini.* »

Quelquefois il faut recourir à des *moyens externes*. Voici comment agit M. Ricord (1) : « Quand une plaie, résultat d'une croûte de syphilide profonde, se manifestait sur le corps, on employait les moyens généraux mis en usage contre les plaies, souvent les topiques suivants : *Vin aromatique*, *solution iodée* (2, 3, 4, 5 pour 100 d'eau, avec suffisante quantité d'*iodure de potassium*) *solution ferrée* (eau distillée, 200 grammes ; tartrate de fer et de potasse, 16 grammes).

» Enfin, le *traitement des macules* était achevé, soit par l'application d'*emplâtres de Vigo cum mercurio*, soit par des *bains salés*, des *fumigations cinabrées*, ou des *bains avec* 20 *à* 30 *grammes de sublimé.* »

Il me reste à présent à dire quelques mots des diverses espèces de syphilides en particulier pour compléter leur histoire.

2° DES SYPHILIDES EN PARTICULIER.

Je ne peux donner qu'une indication très rapide des diverses espèces de syphilides, en m'attachant à ce qui les distingue principalement des maladies cutanées ordinaires auxquelles on peut les rapporter.

1° SYPHILIDE EXANTHÉMATIQUE.

a. Roséole syphilitique. La roséole syphilitique a cela de remarquable que, suivant les recherches de M. Mac-Carthy, elle commence toujours par le tronc ; que les taches après avoir été rosées, deviennent bientôt grisâtres, et brunâtres ; que cette teinte est alors très légère, et qu'elle persiste quelquefois plusieurs mois.

La *marche* de cette roséole n'est jamais complétement aiguë.

La *durée* dans les cas observés par M. Bassereau (2) n'a jamais été moindre de six semaines, et a persisté dans certains cas jusqu'à cinq mois.

La roséole syphilitique, après avoir complétement disparu, peut dans certains cas *récidiver ;* « mais en général, dit M. Bassereau, la récidive ne survient que quelques mois après la première apparition. Les causes qui peuvent la favoriser, sont : la suspension prématurée du traitement mercuriel, avant la complète disparition des taches et surtout avant l'entière résolution du chancre induré, l'emploi des moyens moins énergiques que le mercure, des fatigues excessives.

Elle se *termine* par résolution ou par délitescence. Cette dernière forme est rare; elle peut reconnaître pour cause l'apparition d'un symptôme syphilitique nouveau et d'une forme plus aiguë, certains moyens thérapeutiques ; ou bien, comme M. Bassereau en cite un exemple, une maladie intercurrente.

(1) Voy. Leudet, *loc. cit.*, p. 301.
(2) *Loc. cit.*

Ces signes, joints aux traces des accidents primitifs, ou des *symptômes concomitants* dont il faut toujours tenir compte, et que M. Bassereau a indiqués avec soin, sont suffisants pour faire reconnaître la spécificité de l'affection pour laquelle M. Gibert recommande les *bains alcalins* et les *fumigations de cinabre*, mais qui, suivant la plupart des auteurs, ne réclame aucun traitement particulier.

b. Érythème syphilitique. L'érythème syphilitique est, d'après M. Bassereau (1), le symptôme le plus fréquent par lequel se traduit la syphilis constitutionnelle, en même temps qu'il est une des manifestations les plus précoces de cette maladie. Sous le nom d'érythème syphilitique M. Bassereau comprend les deux variétés de syphilide exanthématique. L'éruption se développe le plus souvent d'une manière lente et progressive. Comme le remarque M. Mac-Carthy, elle commence toujours par le tronc; c'est ordinairement sur le ventre et les flancs, sur les parties latérales du thorax qu'on aperçoit les premières traces.

M. Bassereau (2) décrit ainsi son mode de formation.

« Les régions sus-indiquées commencent par se nuancer de petites taches roses, d'abord si peu appparentes, qu'il faut les examiner avec attention pour bien distinguer l'injection dont elles entourent chaque crypte. Cette vascularisation légère prend quelquefois au contact de l'air une teinte un peu violacée et peut simuler, particulièrement sur les avant-bras et les cuisses, des marbrures vasculaires, bleuâtres que le froid développe sur la peau de certains sujets. Ou bien la peau du ventre et des flancs prend un aspect grenu, une multitude de follicules forment de petites saillies légèrement injectées, analogues par la forme à ce qu'on nomme la chair de poule. Un accident qui survient également dans la majorité des cas, c'est l'engorgement des ganglions cervicaux et l'alopécie.

» Il est rare, ajoute le même auteur (3), que l'érythème syphilitique ne s'accompagne par d'autres éruptions de même nature, soit sur les parties exemptes d'érythème, soit même parmi les taches érythémateuses. »

Cet auteur a trouvé que le crâne est la région où se montrent le plus souvent ces éruptions accessoires.

Ainsi sur 158 malades atteints d'érythème syphilitique :

Le derme chevelu présentait une éruption pustuleuse avec croûtes, 106 fois; il présentait un pityriasis 13 fois; quelques papules d'un rouge cuivré et légèrement squameux, 4 fois; érythème maculeux (roséole syphilitique), 2 fois; aucune éruption, 2 fois.

D'après M. Vidal (de Cassis) (4), l'affection débute habituellement sans fièvre; mais il est des cas où l'on observe des phénomènes fébriles. Suivant M. Bassereau, les malades sont souvent affectés de phénomènes morbides provenant de troubles du côté du système digestif, de courbature, enfin en général d'une foule de phénomènes qui précèdent habituellement les maladies, si ce n'est qu'il existe en outre des douleurs nocturnes dans le système osseux et articulaire.

Cet érythème, qui se présente sous la forme de petites plaques, est remarquable par sa persistance, par l'absence du prurit et de la desquamation, et par la teinte

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*, p. 54.
(4) *Traité des malad. vénér.*, Paris, 1853.

des taches qui, après les premiers jours, deviennent légèrement brunâtres : ces caractères, ainsi que le fait remarquer M. Mac-Carthy, suffisent pour faire distinguer l'érythème papuleux syphilitique des *papules produites par le copahu.* Rien de particulier pour le *traitement.*

2° SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

Les vésicules syphilitiques, dit M. Bassereau, qui en a observé douze cas, ont une marche essentiellement chronique, mais elles ne restent jamais longtemps à l'état vésiculeux proprement dit. La période squameuse qui succède aux vésicules, l'engorgement rouge, cuivré et quelquefois papuleux qui leur servait de base, ont toujours, au contraire, une longue durée.

Jamais ce médecin n'a vu la syphilide vésiculeuse exister seule; toujours elle était mélangée de pustules ou de papules, sèches ou humides. De plus, il venait s'y joindre, dans la plupart des cas, des symptômes syphilitiques, tels que douleurs ostéocopes, mal de gorge, etc.

Jamais non plus il n'a vu cette syphilide succéder à une autre : elle a été dans tous les cas le premier symptôme constitutionnel consécutif aux accidents contagieux; elle s'est développée entre un mois et six mois après la contagion, pas avant ni après.

Je vais en décrire les principales espèces :

a. Eczéma syphilitique. L'eczéma syphilitique diffère de l'eczéma ordinaire par sa teinte d'abord d'un rouge peu vif, par la couleur cuivrée des auréoles, par la grosseur plus grande des vésicules, par leur durée plus longue, et par la teinte noire des croûtes, surtout lorsqu'il existe un *eczéma impétigineux syphilitique.* Rien de spécial encore pour le *traitement.*

b. Herpès syphilitique. Comme l'herpès ordinaire, l'herpès syphilitique est caractérisé par des vésicules; mais dans une variété décrite par M. Cazenave, et qui est la plus importante, car, suivant cet auteur, elle est la plus fréquente des syphilides vésiculeuses, ces vésicules sont si petites, qu'il faut un examen attentif pour les reconnaître.

L'herpès syphilitique se présente sous la forme de disques qui tantôt ont l'étendue d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, et tantôt sont beaucoup plus petits. C'est surtout dans la variété que je viens de mentionner qu'on remarque cette petite étendue. Dans cette variété aussi, les vésicules se voient à la circonférence, tandis que le centre est occupé par une squame épaisse et adhérente. Les disques sont souvent très nombreux, surtout sur les membres et à la partie antérieure de la poitrine.

Un des caractères principaux de l'herpès syphilitique, comme de toutes les autres syphilides, est la teinte d'abord cuivrée, puis grisâtre, qui accompagne et suit la plaque vésiculeuse.

On n'a, du reste, recommandé aucun traitement particulier contre cette espèce de syphilide.

c. Varicelle syphilitique. La varicelle syphilitique présente d'abord un caractère particulier : c'est qu'elle s'annonce, comme la varicelle ordinaire, par un léger mouvement fébrile, tandis que les autres espèces débutent presque toujours sans

symptômes aigus. Mais le caractère chronique de l'affection ne tarde pas à se manifester, car l'éruption marche avec une lenteur telle, qu'on voit les vésicules se succéder à des intervalles plus ou moins longs, et persister sans modifications pendant plus d'une semaine.

Du reste, nous trouvons dans cette varicelle la tache rouge qui précède le développement des vésicules, lesquelles occupent bientôt toute l'étendue de la tache, et finissent par se remplir d'un liquide purulent, et par être entourées d'une auréole cuivrée.

3° SYPHILIDE BULLEUSE.

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai dit du *pemphigus des nouveau-nés*, qui, ainsi que je l'ai fait remarquer, est tantôt syphilitique, et tantôt non syphilitique. Je ne m'occuperai que du rupia.

Rupia syphilitique. Le rupia syphilitique ne diffère pas très sensiblement du rupia ordinaire. Voici, en effet, les caractères diagnostiques indiqués par M. Cazenave. La croûte qui succède à la bulle est plus noire et plus dure; elle est entourée d'une auréole cuivrée, signe commun des syphilides; l'ulcère qu'elle recouvre est profond, grisâtre, ses bords sont durs et taillés à pic.

On voit que, dans cette syphilide plus que dans toute autre, on doit tenir compte des antécédents du malade et des symptômes syphilitiques concomitants qu'il peut présenter.

Traitement. Le traitement local seul mérite que nous en disions quelques mots, et encore, comme on va le voir, n'a-t-il rien de bien spécial. On recommande, lorsque la constitution est débilitée, et surtout lorsqu'il s'agit d'un vieillard, de panser les ulcères avec le *vin aromatique* ou la *pommade au calomel*, de les toucher avec le *nitrate d'argent*, avec le *nitrate acide de mercure*, ou un autre caustique. Or, dans le rupia ordinaire, ces moyens trouvent souvent aussi leur application.

4° SYPHILIDE PUSTULEUSE.

La syphilide pustuleuse offre certains caractères généraux qui ont été décrits par M. Bassereau et que je crois devoir faire connaître avant de passer à la description des espèces.

Les malades ayant suivi un traitement pendant le cours des accidents primitifs, ont vu les pustules apparaître du premier au sixième mois après la contagion ; dans les circonstances opposées, la syphilide s'est manifestée plus tardivement en général ; dans la moitié des cas, en effet, elle est survenue du neuvième mois à quatre ans après la contagion.

Les chancres qui ont amené l'inflexion ont été 71 fois sur 72, profonds, souvent phagédéniques. M. Bassereau considérant que dans les cas de syphilide exanthématique, les symptômes primitifs ont été légers, a été conduit à considérer comme une loi la proposition suivante : « Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes, et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration ; après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les névroses et les caries. »

Les pustules syphilitiques sont sujettes à récidiver, et même plusieurs fois.

a. Acné syphilitique. Je ne mentionnerai que ce qui caractérise particulièrement cette espèce d'affection syphilitique, à laquelle M. Cazenave (1) donne le nom de *syphilide lenticulaire.* D'abord, son *siége :* on la remarque principalement au cuir chevelu, au visage et aux membres inférieurs. Il faut surtout noter cette prédilection de l'acné syphilitique pour les membres inférieurs, car nous savons que l'acné ordinaire n'occupe presque jamais que la partie supérieure du corps. L'existence des pustules dans le cuir chevelu doit aussi fixer l'attention du médecin.

Voici maintenant quels sont les caractères distinctifs de cette éruption spécifique. Elle présente des pustules plus nombreuses, plus confluentes que l'acné ordinaire. La peau n'est pas huileuse comme dans celui-ci, mais sèche et flétrie ; il n'y a ni tannes, ni auréole érythémateuse, ni ulcération. Les cicatricules ne sont pas oblongues, plissées, saillantes, comme dans l'acné non spécifique, mais bien arrondies et déprimées.

D'après M. Bassereau, c'est une des formes les moins fréquentes de la syphilide pustuleuse. Cet auteur a constaté que la fréquence de l'acné est à celle de l'impétigo comme 1 : 2, et à celle de l'ecthyma comme 1 : 4.

Traitement. On a conseillé, tout en employant, bien entendu, le traitement mercuriel à l'intérieur, de combattre l'acné par les *bains de vapeur*, les *bains sulfureux*, les *bains alcalins*, les *fumigations cinabrées.* C'est au médecin à juger de l'opportunité de ces moyens qui, à l'exception des fumigations cinabrées, ne sont que de simples adjuvants.

b. Impétigo syphilitique. L'impétigo syphilitique a été divisé en deux variétés, suivant qu'il est confluent ou non confluent. Le second s'accompagne de symptômes généraux beaucoup moins intenses ; le premier est remarquable par la formation de croûtes verdâtres qui recouvrent des ulcérations, et sont entourées d'une auréole cuivrée. Cette variété a reçu le nom de *syphilide pustulo-crustacée.*

Dans les deux variétés, la marche lente de la maladie est digne de remarque, mais surtout dans la variété non confluente qui présente des pustules intactes et isolées, se succédant lentement et durant longtemps. On observe parfois un autre caractère de ces pustules qui se dessèchent sur place et ont une auréole cuivrée ; c'est, après la dessiccation des pustules, l'existence de petites cicatrices.

c. Ecthyma syphilitique. Il est surtout essentiel de connaître les particularités qui distinguent l'ecthyma syphilitique, parce que cette espèce présente, sous le rapport du diagnostic, des difficultés souvent fort grandes, et qu'une erreur serait très fâcheuse pour le malade. C'est ce qui m'engage à transcrire le passage suivant de M. Cazenave ; on y trouvera tout ce qu'il importe réellement de savoir relativement à l'ecthyma syphilitique : « Lorsque, dit-il, il est constitué par des pustules larges, ovalaires, il offre quelque ressemblance avec l'ecthyma simple, et surtout avec l'*ecthyma cachecticum*, qui, comme lui, peut laisser des cicatrices. Mais l'ecthyma simple occupe presque exclusivement les membres inférieurs ; il est,

(1) *Loc. cit.*, p. 248.

moins fréquemment que l'ecthyma syphilitique, répandu sur les autres points du corps, et plus rarement encore sur le visage. Rare dans la jeunesse, il se manifeste de préférence au déclin de l'âge, chez les individus dont la constitution est détériorée. On a vu, au contraire, d'après les relevés que j'ai présentés plus haut, que, comme pour la plupart des syphilides, c'est plutôt à l'âge adulte que se développe l'ecthyma syphilitique. En général, il n'y a pas, comme dans le dernier, des séries considérables de pustules phlyzaciées. Si les pustules de l'ecthyma cachecticum sont plus nombreuses ; si, développées par groupes, elles se confondent pour donner lieu à des ulcérations, celles-ci restent superficielles, la peau qui les entoure ne présente pas de couleur terreuse et flétrie, comme dans la syphilis ; les cicatrices qui leur succèdent, beaucoup plus irrégulières, ne sont pas rondes, déprimées, profondes, comme celles de l'ecthyma syphilitique.

D'après M. Bassereau, l'ecthyma vulgaire se distingue de l'ecthyma syphilitique par l'inflammation et la douleur qui accompagnent les pustules, et surtout par l'absence d'une disposition en vertu de laquelle l'ecthyma syphilitique s'élargit longtemps par l'ulcération de sa base, après que la croûte a commencé à se former. Cependant l'*ecthyma cachecticum* présente à peu près ces caractères ; mais dans ce cas l'auréole est plutôt violette que cuivrée, et on n'observe pas les autres caractères de la syphilis.

« Il y a une autre forme de l'ecthyma syphilitique, caractérisée par des pustules plus nombreuses, beaucoup plus petites, disséminées sur de grandes surfaces, et qui, lorsqu'elles se manifestent chez un individu jeune, vigoureux, en a imposé pendant quelques jours pour une maladie bien opposée, pour la variole. L'erreur, d'ailleurs, ne pourrait pas être longue, et si le mouvement fébrile plus considérable, les symptômes généraux plus graves, l'éruption plus rapide de la fièvre exanthématique, ne suffisaient pas pour la distinguer, dans les premiers moments, de l'ecthyma, toujours moins étendu, moins prompt dans sa marche, et qui, à la rigueur, ne pourrait être confondu qu'avec une variole peu intense, le doute cesserait bientôt devant l'éruption faite. »

Traitement. Relativement au traitement, je n'ai rien de particulier à mentionner, si ce n'est l'emploi de deux pommades conseillées par M. Gibert. Ce médecin, lorsqu'il a à traiter des *enfants*, fait panser les ulcérations avec la pommade suivante :

℞ Cérat opiacé............ 30 gram. | Oxychlorure ammon. de mercure. 2 gram.
Mêlez.

Chez les adultes, il met en usage le *proto-iodure de mercure* ainsi qu'il suit :

℞ Axonge............... 30 gram. | Proto-iodure de mercure.. de 1 à 2 gram.
Mêlez. Pour pansements.

On voit que ce traitement n'a rien de bien spécial.

5° SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

L'époque d'apparition de la syphilide tuberculeuse après la contagion a été notée

par M. Bassereau dans cinquante-quatre cas. Elle a varié de onze mois à quarante ans. Je vais décrire ses diverses espèces.

a. Syphilide tuberculeuse en groupes. La syphilide tuberculeuse en groupes se divise en deux variétés. Dans la première, les tubercules, gros comme un pois, ont un sommet grisâtre, recouvert d'une petite squame sèche et grisâtre. Ces tubercules ne s'ulcèrent jamais et ne laissent pas de cicatrices : « Ils sont, dit M. Cazenave, disposés en cercles, les uns à côté des autres, de manière à constituer des bords saillants interrompus autant de fois qu'il y a des tubercules, et un centre sain, à la teinte syphilitique près, qui est toujours fortement marquée. Il en résulte un disque souvent très exactement arrondi, d'un diamètre variable, suivant le nombre des tubercules qui en composent la circonférence, tout à fait spécial par l'arrangement des tubercules et par la teinte générale de la plaque, teinte qui résulte de la coloration particulière, et des tubercules, et des petits intervalles qui les séparent, et du centre lui-même (1). »

Le *siége* de prédilection de cette variété est le cou, le front, les membres inférieurs. La seconde variété diffère de la précédente en ce que les tubercules, gros seulement comme une tête d'épingle, ressemblent à de petites papules brillantes et d'un rouge cuivré remarquable. Il arrive quelquefois que plusieurs de ces tubercules se réunissent, s'enflamment, et forment une ulcération profonde.

b. Syphilide tuberculeuse disséminée. Il est une seconde espèce de syphilide tuberculeuse dans laquelle les tubercules, ayant toujours la teinte cuivrée, sont beaucoup plus gros, plus saillants, arrondis ou ovalaires, et ont une base large et dure. Bien qu'ils se montrent sur toutes les parties du corps, ils affectent de préférence les membres et la face.

Lorsque les tubercules sont petits et ne s'enflamment pas, ils ne laissent pas de traces ; mais les gros tubercules laissent parfois après eux une cicatrice qui a toute l'étendue de leur base, et qui résulte d'une absorption morbide des tissus dégénérés.

c. Syphilide tuberculeuse perforante. Parfois la syphilide tuberculeuse prend un caractère plus grave. Elle détermine, en effet, des ulcérations qui détruisent très rapidement les tissus : cette espèce a reçu le nom de *syphilide tuberculeuse perforante.* Les tubercules sont peu nombreux, mais volumineux ; leur aspect a de l'analogie avec celui de la framboise. Lorsqu'on examine leur base, on voit que le derme est assez profondément envahi.

Il est rare que ces tubercules ne s'ulcèrent pas au bout d'un temps plus ou moins considérable ; le point par lequel ils commencent à s'ulcérer varie dans les différents cas ; mais il est une forme d'ulcération que M. Legendre a décrite dans son excellente *Thèse sur les syphilides*, et qui mérite d'être indiquée. Dans cette forme la destruction commence par l'intérieur ; alors le tubercule ne forme plus qu'une coque qui peut s'affaisser, et, les parois se recollant, on voit disparaître les traces de la maladie.

La *marche* de cette affection offre quelques caractères qu'il importe de connaître. Les tubercules restent ordinairement stationnaires pendant un certain temps, au bout duquel ils présentent des signes d'inflammation, et s'ulcèrent quelquefois

(1) Cazenave, *loc. cit.*, p. 329.

après avoir grossi considérablement. D'autres fois ils s'affaissent comme s'ils allaient disparaître ; mais plus tard, sous l'influence de causes variables, ils reprennent un nouvel accroissement, et arrivent à la suppuration. L'ulcère qui résulte de cette syphilide est de nature rongeante, et comme l'affection occupe ordinairement le nez, les lèvres ou le pavillon de l'oreille, ces organes sont souvent détruits en grande partie.

Les *tubercules syphilitiques secs* se terminent fréquemment, suivant M. Bassereau, par résolution. Ils s'affaissent, leur surface devient squameuse, et après leur résolution complète, il reste quelquefois des dépressions sombres, cuivrées, qui finissent ensuite par blanchir et à ressembler parfois au tissu cicatriciel.

d. Syphilide tuberculeuse serpigineuse. Une autre forme de syphilide tuberculeuse est celle à laquelle on a donné le nom de *serpigineuse*, parce qu'elle détruit les tissus en surface et en rampant. Les tubercules sont ordinairement volumineux, mais leur base ne pénètre pas profondément dans le derme. Au bout d'un temps plus ou moins long, leur sommet s'ulcère ; ils présentent ensuite une croûte noire, épaisse, conique, ressemblant à une écaille d'huître, et au-dessous d'elle une ulcération livide, saignante, baignée d'un pus fétide. C'est par la formation de nouveaux tubercules et de nouvelles ulcérations que la maladie s'étend en surface, en prenant des formes très variées ; et comme les tubercules se succèdent constamment, les uns se formant, les autres s'ulcérant, et les autres complétement cicatrisés, il en résulte une difformité très grande des surfaces envahies.

La syphilide serpigineuse laisse après elle des cicatrices irrégulières ; elle peut occuper toutes les parties du corps, et quelquefois elle en couvre une très grande étendue. Elle se montre souvent sur le cuir chevelu, sur le front, sur les tempes, sur la partie antérieure du tronc, à la face ; elle détruit fréquemment les ailes du nez, les lèvres, les paupières.

De toutes les syphilides, la plus grave est sans contredit la syphilide serpigineuse. Dans quelques cas, en effet, quelle que soit l'énergie du traitement, elle détermine la mort, et toujours elle laisse des traces indélébiles.

Le *traitement* de la syphilide tuberculeuse ne présente rien de spécial, sauf le pansement des ulcères, dans lequel on emploie les *pommades mercurielles*, les *lotions excitantes* et les *cautérisations légères*, mais c'est sur le traitement antisyphilitique qu'il faut principalement insister ; et si, comme on en a vu des exemples, le traitement ordinaire ne réussissait pas, on ne devrait pas hésiter à employer les moyens empiriques indiqués plus haut, c'est-à-dire la décoction de Zittmann, celle de Pollini, la liqueur de Fowler, la diète arabique, etc.

6° SYPHILIDE PAPULEUSE.

La syphilide papuleuse a été aussi décrite sous le nom de *lichen syphilitique;* c'est une de celles qui présentent quelquefois avant l'éruption un léger mouvement fébrile. Les papules sont tantôt confluentes et tantôt discrètes ; dans le premier cas, elles sont très petites ; dans le second, elles varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Elles sont remarquables par leur teinte cuivrée, et se recouvrent de squames minces qui se renouvellent plusieurs fois.

Quelquefois les papules isolées deviennent plus grosses encore, et simulent des

tubercules; d'autres fois, au contraire, elles s'effacent de manière qu'il ne reste plus que la squame.

La *syphilide papuleuse confluente* occupe de préférence la face et le cou; la syphilide papuleuse discrète se montre principalement aux membres, dans le sens de l'extension : toutes les deux ont une marche très chronique.

La syphilide papuleuse se *termine* toujours, d'après M. Bassereau, *par résolution.* On voit les papules s'effacer lentement et laisser après elles des taches grisâtres, jaunes ou cuivrées, et pigmenteuses. Mais un fait digne de remarque, c'est qu'aux papules succèdent quelquefois des dépressions, quoiqu'il n'ait existé aucune suppuration. Les papules à forme conique sont suivies plus fréquemment que les papules lenticulaires de cette absorption de tissus constituant une dépression de la largeur d'une tête d'épingle. Du reste ces petites cicatrices s'effacent après quelques mois.

Il est facile de confondre la syphilide papuleuse avec le *lichen* ordinaire. Les deux principaux signes qui servent à la distinguer sont la teinte cuivrée, et l'absence du prurit, qui est quelquefois si intense dans le lichen ordinaire.

Du reste, rien de spécial relativement au traitement.

7° SYPHILIDE SQUAMEUSE.

La syphilide squameuse se divise en deux formes dont je vais dire quelques mots : ce sont le psoriasis syphilitique et la syphilide squameuse cornée.

a. Psoriasis syphilitique. Il n'est que deux points sur lesquels le psoriasis syphilitique diffère du psoriasis non syphilitique que nous avons décrit plus haut. Ce sont : 1° la moins grande adhérence des squames, et 2° la couleur cuivrée ou brune des plaques.

Une particularité qu'il ne faut pas oublier, c'est que le psoriasis syphilitique se présente presque constamment sous la forme du *psoriasis guttata.*

On sent, d'après cela, que le diagnostic serait parfois assez difficile si l'on ne consultait les antécédents, et si l'on ne recherchait les symptômes concomitants, ce que, je ne saurais trop le répéter, on ne doit jamais négliger quand il s'agit des maladies de la peau.

Le psoriasis syphilitique présente, d'après M. Bassereau, quatre caractères distinctifs : 1° les squames reposent sur un fond d'un rouge cuivré ; 2° les plaques ont des bords plus élevés que leur centre ; 3° après la résolution de ces plaques sèches, squameuses, il reste de légères cicatrices ; 4° le psoriasis syphilitique est ordinairement accompagné d'autres éruptions syphilitiques.

b. Syphilide squameuse cornée. Cette variété de syphilide se distingue par ses squames épaisses, un peu saillantes, dures, grisâtres, siégeant sur des plaques tantôt isolées et tantôt confluentes. Dans le premier cas, les squames ressemblent à un fragment de corne enfoncé dans le derme; dans le second, il se forme une couche cornée, qui se fendille et présente ainsi des fissures souvent très douloureuses. Une auréole de teinte cuivrée entoure les squames.

La syphilide cornée, comme le psoriasis syphilitique, a pour siége de prédilection la plante des pieds et la paume des mains. Elles ne déterminent de démangeaisons ni l'une ni l'autre.

C'est encore au traitement interne précédemment indiqué qu'il faut demander la guérison de la syphilide squameuse.

8° SYPHILIDE MACULÉE, OU TACHES SYPHILITIQUES.

M. Cazenave a rangé cette espèce parmi les symptômes concomitants; mais, à la rigueur, il est permis de la conserver. Elle consiste uniquement en simples taches brunâtres, isolées, ayant l'étendue d'environ une pièce de 5 francs, ne disparaissant pas sous la pression, non prurigineuses. Elles occupent principalement le tronc, la partie antérieure du cou et les membres inférieurs.

Ces taches accompagnent toujours une autre espèce de syphilide, et c'est pour cette raison que M. Cazenave en a fait un simple symptôme concomitant.

Telle est la description abrégée des syphilides. J'ai dû nécessairement supprimer un grand nombre de détails intéressants, et, sous ce rapport, je dois renvoyer à l'excellent ouvrage de M. Cazenave et à celui de M. Bassereau, où l'on est forcé de prendre presque toute la description de ces maladies importantes à connaître.

Dois-je maintenant faire l'histoire des symptômes concomitants? Je ne le pense pas. D'une part, en effet, j'aurais à renvoyer très fréquemment à la description de maladies dont j'ai déjà traité; par exemple : à l'angine ulcéreuse, au coryza ulcéreux ou ozène syphilitique, etc.; et, de l'autre, beaucoup d'affections, comme les ophthalmies, les végétations, les tumeurs, etc., concernent particulièrement la chirurgie. Tout ce que je dois ajouter ici, c'est que ces symptômes concomitants ont une très grande valeur, et qu'ils éclairent le diagnostic des syphilides, comme celles-ci éclairent le leur.

LIVRE NEUVIÈME.

Maladies cutanées fébriles.

J'ai cru devoir faire une classe distincte des maladies dont la description va suivre, parce que, d'une part, tous les auteurs, sans en excepter ceux qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau, reconnaissent que, dans la plupart d'entre elles du moins, la lésion de la peau est bien loin de constituer toute la maladie, et que, de l'autre, leur histoire me conduit naturellement à celle des fièvres, avec lesquelles elles ont de nombreux points de ressemblance. Je diviserai ces affections en deux groupes, dont le premier comprendra les exanthèmes fébriles, et le second les affections vésiculeuses et pustuleuses qui se développent sous l'influence d'un agent mystérieux, comme la varicelle, la variole, et dont le mouvement fébrile est si remarquable.

Parmi ces maladies, une seule paraîtra mal placée au point de vue auquel nous les examinons : c'est l'*érythème*. Cet exanthème ne s'accompagne ordinairement d'aucun mouvement fébrile, et, loin de se développer sous l'influence d'une cause générale, il résulte souvent d'un simple frottement ou du contact d'un corps irri-

tant. Mais il m'a été impossible de séparer l'érythème des autres exanthèmes. D'ailleurs, lorsque cette éruption est étendue, elle est parfois précédée de symptômes généraux, et, assez souvent aussi, elle est symptomatique de certaines affections fébriles. Elle ne sera pas, par conséquent, aussi complétement déplacée qu'on pourrait le croire au premier abord.

CHAPITRE PREMIER.

EXANTHÈMES.

Les exanthèmes, excepté, comme je viens de le dire, l'érythème, ont des prodromes communs, qui sont : des frissons irréguliers, des lassitudes spontanées, un mouvement fébrile souvent fort intense, la céphalalgie, la soif, l'anorexie. Or c'est précisément l'existence de ces symptômes communs qui donne à ces maladies une physionomie particulière, et les rapproche des fièvres, ainsi que presque tous les auteurs ont eu soin de le faire remarquer. En outre, ces prodromes ont en général une assez longue durée, de telle sorte que, pendant un ou plusieurs jours, il n'existe qu'une fièvre qui souvent laisse le diagnostic incertain. C'est ce qui justifie la division que j'ai adoptée.

ARTICLE I.

ÉRYTHÈME.

Je ne reviendrai pas sur les raisons qui me font placer ici l'érythème.

Cette affection est peu importante; elle a été étudiée presque exclusivement par les médecins qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'érythème est un exanthème caractérisé par une rougeur légère et superficielle, sans forme déterminée.

Willan est le premier qui ait donné à cette affection le nom d'*érythème;* Bateman et Biett ont adopté cette dénomination. On a aussi désigné l'érythème sous les noms d'*intertrigo*, *macula volatica*, *efflorescence*. Alibert lui donnait celui de *dartre érythémoïde*.

L'érythème est une affection cutanée qui se présente très fréquemment, ce que l'on comprendra très facilement lorsque j'aurai énuméré les causes qui le produisent.

§ II. — Causes.

« L'érythème, disent MM. Cazenave et Schedel, résulte souvent de l'action plus ou moins directe, sur la surface de la peau, de diverses *causes extérieures :* ainsi il est produit par le *frottement répété de deux surfaces contiguës du corps*, surtout chez les enfants et chez les personnes plus ou moins chargées d'embonpoint. On l'observe alors au-dessous des mamelles, aux aisselles, aux aines, à la partie supérieure des cuisses (*intertrigo*, Sauvages). Dans les mêmes circonstances, il sur-

vient aussi aux fesses et à la partie interne des cuisses, à la suite d'une *marche* ou d'une *équitation forcée.*

» Il peut encore être produit par l'action du *soleil* et du *froid*, le contact des *flueurs blanches*, du *flux gonnorrhéique* et *dyssentérique*, des urines et des *matières fécales.* Il survient quelquefois à la lèvre supérieure, déterminé par le contact du *fluide âcre* qui s'écoule des narines dans le *coryza.* »

L'érythème est souvent *symptomatique d'une autre affection.* On le voit fréquemment se développer chez les enfants, à l'époque de la *dentition;* chez les individus pléthoriques, et chez les femmes, lors des *évacuations menstruelles*, à l'*époque critique.* Il survient à la suite de l'*ingestion de substances irritantes*, et on l'observe quelquefois après l'*administration du baume de copahu.*

§ III. — Symptômes.

Il est rare de voir l'érythème précédé de symptômes généraux. Quand il en existe, ils consistent en un malaise général, une légère anorexie, un peu de lassitude.

Il est constitué par des *taches* d'une étendue très variable et irrégulières. Ces taches sont d'un *rouge* un peu vif ; elles sont très superficielles et *disparaissent sous la pression* du doigt, pour se reproduire immédiatement après.

La limite de ces taches est loin d'être aussi distincte que celle de l'érysipèle ; le plus souvent, au contraire, la rougeur érythémateuse se perd insensiblement vers les points de la peau qui ont conservé leur teinte normale.

Il y a, dans le point occupé par ces taches, une *chaleur* un peu plus vive que dans les points restés sains ; cela doit s'entendre surtout de la sensation éprouvée par le malade. La *douleur* est presque toujours très peu vive ; c'est un léger sentiment de *cuisson* qui par moments devient plus aigu. C'est surtout lorsque les parties sont exposées à une vive chaleur que la douleur augmente.

Il est rare que cette rougeur s'accompagne de *gonflement.* Lorsqu'il existe une tuméfaction, elle présente des caractères particuliers qui ont servi à diviser l'érythème en plusieurs variétés dont je vais donner une courte description.

1° *Érythème papuleux.* Cet érythème est constitué par des *plaques* d'une petite étendue, légèrement saillantes, semblables à des papules. Les plaques sont d'abord rouges, mais deviennent ensuite violacées, comme toutes les parties enflammées dans lesquelles l'inflammation se termine par résolution. Du reste, la tuméfaction qui constitue ces plaques ne tarde pas à diminuer, car il est rare qu'elle dure plus de deux jours, et l'érythème est réduit alors à la simple rougeur.

2° *Érythème tuberculeux* (*erythema tuberculatum* de Willan). Cette variété ne diffère de la précédente que par la persistance des plaques. Elles deviennent plus saillantes, ce qui les a fait comparer aux tubercules de la peau.

3° *Érythème noueux.* Cette variété, qui se montre principalement à la partie antérieure de la jambe et attaque surtout les enfants, les femmes, les sujets à constitution molle, est beaucoup plus fréquemment que toutes les autres précédée de symptômes généraux (soif, anorexie, léger mouvement fébrile).

Les taches sont un peu élevées vers le centre, et leur largeur varie de 1 à 3 centimètres de diamètre. Ces taches deviennent, au bout de quelques jours, de véritables petites tumeurs d'un rouge un peu sombre et douloureuses. La teinte

ne tarde pas à devenir bleuâtre, les petites tumeurs se ramollissent, et, au bout de dix à quinze jours, elles ont disparu.

Telles sont les variétés principales de l'érythème ; on voit que les plus importantes sont : 1° celle dans laquelle l'érythème superficiel occupe une très grande surface ; 2° l'érythème noueux.

Je me contenterai d'ajouter qu'on a décrit sous le nom d'*intertrigo* l'érythème qui résulte du frottement de deux surfaces contiguës, et qu'en pareil cas il existe parfois un suintement séro-purulent d'une odeur fade ; que l'*érythème fugace* est celui qui se montre et disparaît promptement dans le cours d'un mouvement fébrile continu ou intermittent ; que l'*érythème centrifuge*, variété rare décrite par Biett, est remarquable par l'élévation des plaques et leur rougeur au pourtour, et aussi par leur début, car elles commencent par un point papuleux qui prend un accroissement excentrique ; enfin que quelquefois l'érythème laisse après lui une *légère desquamation*.

Le *diagnostic* de l'érythème ne me paraît pas assez important pour que j'y insiste. Nous verrons, en effet, plus loin que l'*érysipèle*, l'*urticaire*, etc., diffèrent essentiellement de cette maladie, et il suffira de comparer les descriptions.

Le *traitement* de cette affection est bien simple. Dans l'*érythème simple*, il suffit de quelques *lotions adoucissantes*, de *bains tièdes*, de *boissons rafraîchissantes*. S'il s'agit de l'intertrigo dû au frottement de deux surfaces contiguës, il faut, et c'est une pratique vulgaire, saupoudrer les parties avec une poudre absorbante, comme la *poudre de lycopode*, de *bois vermoulu*, d'*amidon*.

« Les érythèmes ou rougeurs morbides qui apparaissent souvent, dit M. Cazenave, chez les femmes, à l'époque critique, qui coïncident avec un retard ou une suppression du flux menstruel, réclament l'emploi des émissions sanguines, des délayants, un régime doux et des moyens applicables à un état pléthorique.

» L'érythème noueux ne réclame en général aucun moyen particulier, quoiqu'il constitue la variété la plus grave ; les topiques, d'abord adoucissants, et ensuite astringents, sont tout à fait inutiles : quelques *bains*, de légers *laxatifs*, et, dans quelques cas rares, de *légères émissions sanguines*, composent tout le traitement. Ajoutons toutefois qu'une précaution indispensable est le *repos absolu de la partie malade*. »

M. Wilson (1) a employé avec succès des applications de *collodion* sur les points malades dans des érythèmes chroniques de la face.

ARTICLE II.

ÉRYSIPÈLE.

Tous les auteurs ont consacré à l'érysipèle un article important. C'est, en effet, une maladie presque toujours sérieuse, parfois fort grave, et qui réclame un traitement assez actif.

De nombreuses divisions ont été proposées pour l'étude de l'érysipèle. Je ne m'arrêterai pas à celles qu'on admettait dans les siècles derniers, parce que l'on confondait des affections diverses sous le nom d'érysipèle. Quant à celles qu'on a

(1) *The Lancet* et *Répert. de pharm.*, janvier 1849.

proposées plus récemment, il est facile de s'assurer qu'un bon nombre d'entre elles reposent sur des circonstances accessoires. Ainsi, quand on nous parle de l'*érysipèle gastrique*, de l'*érysipèle lymphatique*, *veineux*, etc., on s'attache évidemment à des particularités qu'il suffit de mentionner. Je pense donc, avec la plupart des auteurs français modernes, qu'il suffit de distinguer : 1° un *érysipèle simple*, ou *vrai* (Cazenave) ; 2° un *érysipèle phlegmoneux*. Quant à l'*érysipèle gangréneux*, il n'est pas très important de l'admettre, puisqu'il n'est autre chose que le résultat de la violence de l'inflammation, principalement dans les cas d'érysipèle phlegmoneux. A plus forte raison dois-je négliger ici les variétés désignées sous les noms d'*érysipèle œdémateux*, *vésiculeux*, *bulleux*, car elles résultent de particularités peu importantes qu'il suffira de mentionner dans le cours de la description. Mais il est une forme à laquelle je ne pourrai m'empêcher de consacrer quelques mots en particulier : c'est l'*érysipèle ambulant*. Cette forme, en effet, et les praticiens le savent bien, a, sous le rapport de la marche, de la durée, de la gravité de la maladie, la plus grande importance, et, à ces titres, elle mérite une mention toute particulière. Quant à l'*érysipèle compliqué*, il suffira d'indiquer dans le cours de cet article les complications qui ont été observées. Ainsi je n'admets comme grandes divisions que les suivantes : érysipèle simple ; érysipèle phlegmoneux ; érysipèle ambulant.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'érysipèle est l'inflammation de la peau (érysipèle simple), s'étendant parfois au tissu cellulaire sous-cutané (érysipèle phlegmoneux), partant ordinairement d'un point central pour s'étendre aux parties voisines (érysipèle fixe), parfois rampant, pour ainsi dire, sur la suface cutanée, et envahissant de proche en proche une grande étendue du corps (érysipèle ambulant). Cette simple définition suffit, et il me paraît inutile d'y ajouter les principaux caractères symptomatiques de l'affection.

L'érysipèle a reçu un grand nombre de dénominations : ainsi on l'a appelé *ignis sacer*, *febris erysipelatosa*, *rosa*, *feu Saint-Antoine*, *mal des ardents*, *feu sacré*, etc. Le nom d'*érysipèle* est aujourd'hui généralement employé.

L'érysipèle est une maladie assez fréquente ; nous verrons plus loin quelles sont les parties qui en sont le plus fréquemment atteintes, et quelles sont les formes qu'on observe le plus ordinairement.

§ II. — Causes.

Nous avons, sur les causes de l'érysipèle, quelques recherches importantes que je vais mettre à profit.

1° Causes prédisposantes.

Les renseignements que nous trouvons dans la science sur l'influence de l'*âge* sont assez vagues. Cependant on peut dire d'une manière générale que les diverses parties du corps ne sont pas également sujettes à l'érysipèle aux différents âges. Chez les nouveau-nés, l'érysipèle se montre principalement sur l'abdomen ; chez les adultes, à la face, et chez les vieillards, aux membres, et surtout aux membres inférieurs.

Sexe. Les femmes sont un peu plus prédisposées à l'érysipèle que les hommes; c'est ce qui résulte des relevés de MM. Louis, Chomel et Blache.

Tempérament, constitution. Nous n'avons pas sur ce point de renseignements suffisants. On admet généralement que toutes les constitutions sont à peu près également sujettes à l'érysipèle, mais que si la constitution est robuste et le tempérament sanguin, l'érysipèle sera ordinairement inflammatoire ou phlegmoneux, tandis que, chez un sujet faible et lymphatique, il sera œdémateux, etc. Je n'ai pas besoin de dire que ce sont là des indications vagues qui auraient bien besoin d'être précisées.

Climats, saisons. C'est encore un point sur lequel nous n'avons pas de renseignements exacts. On pense que l'érysipèle est plus fréquent dans les climats chauds, et quant aux saisons, MM. Chomel et Blache disent que le printemps et l'automne favorisent le développement de l'érysipèle.

L'*alimentation* excitante et l'*abus des boissons alcooliques* seraient, d'après quelques auteurs, des conditions favorables à la production de cette maladie; mais rien n'est moins prouvé.

Constitution médicale. Une multitude de faits nous apprennent qu'à certaines époques les érysipèles sont très fréquents. Alors la moindre lésion à l'enveloppe cutanée devient la cause déterminante d'un érysipèle. C'est au point que les chirurgiens n'osent pas entreprendre la plus simple opération. Qu'y a-t-il dans l'état de l'atmosphère qui puisse rendre raison de cette fréquence extrême de l'érysipèle ? C'est ce qui n'a pu être déterminé jusqu'à présent.

Hérédité. On a rapporté des faits qui semblent prouver que, dans certaines familles, l'érysipèle se produit spontanément avec une grande facilité, et aussi sous l'influence de la cause la plus légère. Mais nous ne sommes pas encore bien fixés sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que quelques individus sont particulièrement disposés à l'érysipèle et en sont fréquemment atteints. On en voit qui, sans cause connue, ont, une ou deux fois par an, un érysipèle de la face.

État de santé. L'état de santé des individus mérite une mention particulière, non seulement parce que l'érysipèle se produit avec une grande facilité chez des sujets déjà plus ou moins gravement malades, mais encore parce que, lorsque la santé est altérée, l'érysipèle a une bien plus grande gravité. C'est ainsi que M. Louis a pu établir que l'érysipèle de la face, lorsqu'il survient chez un individu sain et robuste, se termine toujours par la guérison, tandis que, dans des conditions opposées, il peut occasionner la mort. On voit, dans des cas qui ne sont pas très rares, un érysipèle, et surtout un érysipèle ambulant, venir, vers la fin des maladies chroniques, hâter la mort des malades.

2° Causes occasionnelles.

Nous venons de voir combien est grande la part de la prédisposition dans la production de l'érysipèle; elle est telle que, suivant plusieurs auteurs, l'action des causes extérieures ne suffit jamais pour produire cette maladie, et il est difficile de ne pas partager cette opinion, bien que, dans quelques cas exceptionnels, une irritation vive et prolongée de la peau ait paru déterminer par elle-même l'érysipèle.

Nous savons que certaines *lésions* sont favorables à la production de cette mala-

die : ainsi l'œdème, l'éléphantiasis des Arabes, les ulcères, les varices, etc. Certaines *opérations* paraissent devoir aussi, plus que les autres, être rangées parmi les causes déterminantes : ce sont principalement celles qui se pratiquent sur la face. On sait que l'érysipèle abdominal des nouveau-nés est souvent occasionné par l'*inflammation de la veine ombilicale.*

On a attribué la même influence à l'*alimentation* irritante ou à des *aliments particuliers.* On a cité des faits curieux dans lesquels, en effet, l'usage de certains aliments produisait l'érysipèle; mais ce sont là des résultats d'une idiosyncrasie qui ne doivent pas nous arrêter.

Les documents que nous possédons sur l'influence des *émotions morales* et des *impressions atmosphériques* sont peu précis. On a rapporté des cas dans lesquels ces causes se sont fait remarquer, mais ce sont des cas rares et peu importants pour nous.

Les *agents irritants* appliqués sur la peau, les *frictions*, les *coups*, les *plaies*, etc., sont assez souvent suivis d'érysipèle; mais c'est surtout quand il s'agit de ces causes qu'il faut invoquer cette prédisposition dont j'ai parlé plus haut. On voit certains individus chez lesquels il se produit un érysipèle à la suite d'une lésion qu'on a occasion d'observer des centaines de fois chez d'autres, sans qu'il survienne un semblable accident.

Je ne fais qu'indiquer la *contagion* admise par quelques auteurs, mais sans fondement, et je me contente de rappeler que l'érysipèle se montre assez fréquemment sous forme *épidémique.*

§ III. — Symptômes.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de la description des symptômes qu'il importe de suivre la division que j'ai indiquée plus haut, et d'y ajouter quelques sous-divisions qui ne sont pas sans importance : celles, en particulier, qui consistent dans l'étude des divers érysipèles considérés sous le rapport de leur siége. C'est ainsi que l'*érysipèle de la face*, par exemple, présente, outre les symptômes communs à tous les érysipèles, des particularités qui méritent de fixer notre attention.

1° *Érysipèle simple.* L'érysipèle simple est celui que l'on doit étudier comme type. Il est, en effet, facile d'ajouter ensuite à la description de l'inflammation bornée à la peau les autres lésions qui peuvent être considérées comme une extension ou une complication de cette inflammation cutanée.

Début. L'érysipèle débute tantôt par les symptômes locaux, et tantôt par des symptômes généraux plus ou moins intenses, qui peuvent durer pendant vingt-quatre heures et plus. Dans le premier cas, c'est la rougeur et un sentiment de chaleur douloureuse qui ouvrent la scène ; dans le second, il y a des frissons, des horripilations, de la soif, de l'anorexie, une lassitude spontanée, l'accélération du pouls, en un mot, ces symptômes qui annoncent qu'une phlegmasie assez intense va se développer, sans qu'on puisse dire quel en sera le siége.

Nous verrons plus loin que les ganglions lymphatiques, dans lesquels vont se rendre les vaisseaux lymphatiques de la partie affectée, présentent parfois une tuméfaction douloureuse. Or, cette tuméfaction existe, dans quelques cas, avant même l'apparition de la rougeur érysipélateuse ; c'est ce qu'on observe, particulièrement dans les ganglions sous-maxillaires, chez les sujets affectés d'érysipèle de la

face, et ce qui a permis à M. Chomel d'annoncer l'apparition d'un érysipèle facial, alors que rien, dans l'état de la peau de la face, ne pouvait le faire prévoir. Mais il ne faut pas croire que ce soit là un cas ordinaire, et c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard.

Symptômes. La *douleur* consiste d'abord dans un sentiment de chaleur âcre, qui s'accompagne quelquefois d'un prurit désagréable. Bientôt les autres symptômes augmentant, cette chaleur devient brûlante ; il y a un sentiment de cuisson accompagné de tension. Cette douleur est continue, mais souvent il survient des exacerbations, principalement le soir. Il suffit du plus léger contact pour l'exaspérer. Dans quelques cas, la douleur est médiocrement vive.

La *rougeur* varie du rose clair au rouge foncé ; cette dernière coloration se remarque surtout à une époque assez avancée de la maladie,

Outre le sentiment de chaleur éprouvé par le malade, on constate une *augmentation de la calorification* sur les parties affectées ; mais ces parties, examinées au thermomètre, ne donnent guère que deux ou trois degrés de plus que les parties saines, quoique le sentiment de chaleur paraisse indiquer une augmentation beaucoup plus grande.

La peau enflammée *se tuméfie*. Les parties sont gonflées, tendues, mais l'augmentation d'épaisseur de la peau est surtout remarquable aux limites de l'érysipèle. Là, en effet, la peau malade fait une saillie qu'il est facile de reconnaître en passant le doigt des parties saines aux parties affectées. On sent un bourrelet manifeste plus ou moins marqué suivant les cas. Cette exploration sert encore à faire reconnaître une augmentation de consistance dans la partie malade. La peau saine est douce et souple au toucher, la peau malade est résistante et un peu raboteuse.

Cette dernière sensation provient de l'augmentation de volume des papilles du derme, qui forment à la surface du tégument de petites *granulations* visibles à l'œil nu, phénomène important à constater, et que l'on peut rapprocher des granulations qui apparaissent sur la surface des muqueuses enflammées.

Outre cet épaississement de la peau, il y a ordinairement encore un état de *tension* des tissus sous-jacents, qui est dû sans aucun doute à l'afflux des liquides vers les parties enflammées, et qui augmente le gonflement. Lorsque cet afflux des liquides est plus considérable, il se produit un état œdémateux, remarquable surtout dans les points où le tissu cellulaire est lâche : aux paupières, par exemple. C'est là proprement ce qu'on doit appeler *érysipèle œdémateux*, car l'érysipèle, qui se manifeste sur une partie affectée d'œdème ne mérite réellement pas ce nom.

Du gonflement et de la douleur résulte nécessairement un embarras marqué dans les fonctions des parties malades. Les *mouvements* sont difficiles et causent des souffrances plus ou moins vives ; les ouvertures s'obstruent : ainsi le passage de l'air est difficile dans les narines, les yeux sont fermés par suite de l'œdème des paupières, les membres se fléchissent difficilement, etc. En outre, les fonctions de la peau malade sont suspendues, et la transpiration ne peut plus s'exécuter.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces phénomènes sont souvent intenses. Ainsi on observe une augmentation considérable de la chaleur générale, surtout la nuit. Le pouls est accéléré, plein et fort ; il peut présenter 120 pulsations par minute, et plus encore. Il y a de la céphalalgie, de l'anxiété ; de l'agita-

tion la nuit; de l'insomnie, ou, au contraire, de la somnolence. L'anorexie est complète, et les malades ont parfois des nausées ou des vomissements. Du côté de l'abdomen, on ne constate rien de remarquable, si ce n'est une tendance à la constipation.

Ces symptômes, du reste, varient beaucoup d'intensité; c'est ce qu'il suffit de mentionner. En outre, il faut remarquer que certains de ces phénomènes présentent nécessairement diverses particularités, suivant le siége occupé par la maladie; mais c'est un point sur lequel je reviendrai en parlant des érysipèles de la face, de l'abdomen, etc.

Les symptômes généraux s'apaisent ordinairement un peu avant que les symptômes locaux paraissent diminuer d'intensité. La chaleur devient moins grande, le pouls surtout perd de sa force et de sa fréquence, et le malade sent un mieux général. Puis la rougeur prend une teinte brunâtre, le gonflement diminue, la peau est moins tendue, un peu ridée, et il se produit une *desquamation* plus ou moins sensible. Ce sont, en effet, quelquefois de larges squames, d'autres fois une simple poussière blanche et sèche. On a parlé de *desquamation générale* du corps à la suite d'un érysipèle borné à une partie limitée, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. Lorsque la desquamation est terminée, il reste, pendant un temps ordinairement assez long, une coloration rouge-brunâtre des tissus affectés, qui ne se dissipe que peu à peu.

Telle est la description de l'érysipèle dans son état de simplicité. Mais, sans perdre ce caractère, cette maladie peut présenter quelques phénomènes accessoires dont on s'est généralement beaucoup trop occupé, et qu'il suffit de mentionner. Ainsi on voit parfois de véritables phlyctènes ou bulles se former sur la partie enflammée; le liquide qu'elles contiennent se dessécher ou bien s'écouler par suite de la rupture de la bulle, des croûtes se produire : c'est là ce qu'on a appelé *érysipèle phlycténoïde*, *bulleux*, *croûteux*, *pemphigoïde*. D'autres fois il se forme des vésicules plus ou moins fines, qui, dans quelques cas, se remplissant d'un liquide purulent, ont la forme de véritables pustules. On a donné, en pareil cas, à l'érysipèle, les noms d'*érysipèle vésiculeux*, *eczémateux*, *pustuleux*, *miliaire*.

On sent que de pareilles particularités ne méritent pas de nous arrêter longtemps. Tout ce qu'il importe de dire, c'est qu'en général, lorsqu'elles se présentent, l'inflammation cutanée a une assez grande intensité, et les symptômes généraux sont plus violents que dans les cas où elles n'existent pas.

Il arrive quelquefois qu'à la suite de l'érysipèle il se forme, dans un ou plusieurs points des parties enflammées, des *abcès* généralement peu considérables, qu'on est obligé d'évacuer et qui retardent la guérison. La formation du pus est habituellement la conséquence d'une vive inflammation accompagnée de symptômes généraux intenses, et est ordinairement annoncée par une recrudescence des symptômes généraux et par des horripilations; mais il n'est pas très rare de voir ces abcès se produire chez des sujets qui ont eu un mouvement fébrile peu prononcé, et chez lesquels le pus se forme sans réaction appréciable. Il est à peine nécessaire de faire remarquer le rapport qui existe entre cet érysipèle suivi d'abcès et l'érysipèle phlegmoneux dont je vais parler.

2° *Erysipèle phlegmoneux.* Je ne m'étendrai pas longuement sur l'érysipèle phlegmoneux, qui intéresse beaucoup plus la pathologie externe que la pathologie

interne, et je ne mentionnerai que les particularités les plus remarquables.

Les *symptômes précurseurs* sont constants ; ils sont de la même nature que les précédents, mais plus intenses. Le point qui doit être envahi par l'érysipèle est déjà le siége d'une tension et d'une pesanteur plus ou moins marquées.

La *rougeur*, au lieu de s'étendre en nappe, s'étend ordinairement en *stries*, remarquables surtout le long des vaisseaux lymphatiques. Les *ganglions* voisins sont fortement engorgés et douloureux. Le gonflement est plus considérable, la consistance des parties plus grande que dans l'érysipèle simple. La chaleur est plus intense, la douleur plus vive. Des *phlyctènes* se forment très souvent sur la surface malade.

Plus tard, la tuméfaction devient plus considérable, la consistance est pâteuse, et, plus tard encore, les tissus s'affaissent, la rougeur pâlit, et la douleur devient beaucoup plus faible ; c'est que le pus commence à se former dans le tissu cellulaire.

A une époque plus avancée, la *fluctuation* devient manifeste, et on la reconnaît dans différents points séparés par des tissus encore endurcis. Puis le pus s'accumulant toujours, la peau se décolle, s'amincit ; des ouvertures s'y produisent si l'instrument du chirurgien n'en a pas déjà pratiqué ; il s'écoule une grande quantité de pus liquide, grisâtre ou brunâtre, fétide, entraînant souvent des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

Enfin de larges clapiers se forment ; la peau décollée se plisse, se mortifie. Si le mal n'est pas assez considérable pour causer la mort, des portions de peau mortifiée se détachent ; il en résulte des plaies plus ou moins étendues qui sont longues à se cicatriser ; d'autres portions se recollent avec plus ou moins de lenteur, et il reste des cicatrices souvent irrégulières et profondes. Lorsque la maladie est assez intense pour causer la mort, la suppuration devient intarissable ; il se forme parfois des *abcès métastatiques*.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, les *symptômes généraux*, dont l'intensité est toujours considérable, suivent différentes phases. Ainsi, avant que le pus soit formé, lorsque l'inflammation est dans toute sa violence, il y a un mouvement fébrile considérable : agitation, délire, chaleur brûlante, pouls très accéléré. Lorsque le pus se forme, on observe les phénomènes de la *suppuration* : frissons, horripilations, altération des traits, prostration des forces, pulsations dans les parties enflammées. Lorsque la suppuration est établie, et qu'elle est très abondante, on voit survenir des sueurs profuses, la diarrhée colliquative, les symptômes de la *fièvre hectique*. Enfin, dans certains cas, on observe les symptômes généraux de la *résorption purulente* (1).

La description que je viens de donner de l'érysipèle phlegmoneux serait assurément très incomplète, si, comme je l'ai dit plus haut, je n'avais pas voulu me borner à indiquer les particularités les plus importantes ; mais, je le répète, cette simple indication est suffisante pour nous. Recherchons maintenant ce qu'il importe de savoir relativement au siége de l'érysipèle, et, pour cela, étudions cette maladie dans les points où elle se présente avec quelques caractères remarquables.

a. Erysipèle de la face. L'érysipèle de la face est celui qui non seulement se

(1) Voy. article *Phlébite*.

montre le plus souvent à l'observation, mais encore se produit le plus fréquemment sans cause déterminante appréciable.

Il commence ordinairement par un des côtés du nez, puis gagne l'autre, envahit les joues, et se porte vers le cuir chevelu.

Les parties qu'il occupe étant presque toutes denses et serrées, la douleur est assez vive, à moins que l'inflammation ne soit très légère. Les paupières se gonflent beaucoup lorsque l'inflammation les atteint ; l'*œil* est fermé, des larmes s'en écoulent. Parfois l'inflammation gagne le tissu cellulaire de l'orbite, et y produit des abcès.

L'*oreille*, ayant des tissus plus denses et plus serrés que les autres parties, devient très douloureuse; le conduit auditif est obstrué par le gonflement. Les lèvres se tuméfient et deviennent très épaisses ; elles s'ouvrent avec peine, et il s'écoule par leur commissure une salive visqueuse. La douleur est également vive *au cuir chevelu*.

L'*état granulé de la peau* est remarquable dans le cas d'érysipèle de la face. Il en est de même de la desquamation qui survient lorsque l'inflammation s'est calmée.

La *céphalalgie* est généralement grande, surtout lorsque l'inflammation atteint le cuir chevelu. On a attribué le délire à cette invasion du cuir chevelu par l'inflammation, et à la transmission de celle-ci aux membranes cérébrales ; mais rien ne prouve l'exactitude de ces idées théoriques : le délire est sous la dépendance de la violence de l'état fébrile. M. Piorry a attribué le délire à la transmission de l'inflammation au cerveau à travers les parties molles de l'orbite; mais les faits prouvent qu'il est dans l'erreur. Sans doute il y a du délire lorsque l'inflammation s'enfonce profondément dans l'orbite; mais c'est uniquement parce que cette inflammation est très violente, que les symptômes généraux sont très intenses, en un mot, parce que l'érysipèle est très grave, et non, comme le prétend ce médecin, parce que l'inflammation a pénétré jusqu'au nerf optique et au cerveau. Ce qui le prouve, c'est qu'on voit succomber des sujets avec un délire très intense, bien que le tissu cellulaire de l'orbite et l'encéphale soient dans un parfait état d'intégrité. C'est ce que j'ai constaté pour ma part, et ce que beaucoup d'autres médecins ont pu voir comme moi.

La *tuméfaction des ganglions sous-maxillaires* est un fait rare. Le plus souvent elle est sous la dépendance d'une *angine concomitante*.

b. Érysipèle du cuir chevelu. Il est rare que l'érysipèle commence spontanément, c'est-à-dire sans lésion déterminante, dans le cuir chevelu, et plus rare encore qu'il reste fixé dans cette partie. Cependant on peut observer des cas de ce genre. MM. Chomel et Blache disent que l'un d'eux a eu quelques occasions d'en voir (1). Nous n'avons, sur ces cas, que ce qu'en ont dit les deux auteurs que je viens de citer, et qu'on peut résumer ainsi : Agitation, insomnie, délire passager, empâtement, œdème du cuir chevelu, rougeur presque nulle; décubitus sur le dos impossible lorsque l'inflammation s'étend à l'occiput; douleur très vive, exaspérée par le plus léger contact; formation profonde du pus, décollement du péricrâne, carie, nécrose des os. Et, comme symptômes généraux; fièvre intense, délire violent, coma, convulsions. Quand ces derniers symptômes se manifestent, il est survenu une *méningite*.

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉRYSIPÈLE.

Après avoir indiqué les diverses variétés d'érysipèle suivant le siége de la maladie, il faut ajouter que l'inflammation franchit souvent les limites que nous venons de lui assigner, et gagne d'autres parties.

On a encore décrit l'*érysipèle du tronc*, l'*érysipèle des muscles*, *des membres*, *des organes génitaux ;* mais ces diverses variétés n'offrent que des particularités d'une faible importance et qu'il est facile de se représenter.

Les auteurs ont également parlé de l'*érysipèle général*, qui n'a pas un plus grand intérêt, et dont il suffit de dire que sa gravité est très grande, parce que l'érysipèle est une maladie d'autant plus dangereuse, que son étendue est plus considérable.

c. Érysipèle ambulant. Cet érysipèle n'a d'autre caractère particulier que celui de se porter successivement sur toutes les parties du corps ou sur un plus ou moins grand nombre. Il commence ordinairement par une partie du tronc ou par la nuque, puis se porte sur les épaules, sur la poitrine, les bras, les lombes, l'abdomen, les cuisses. Toutefois sa marche peut être très différente, car tout dépend du point de départ ; et, comme cet érysipèle peut être occasionné par une plaie, par l'application d'un vésicatoire, etc., l'inflammation, partant du point où existent ces lésions, s'étend de là aux autres parties, suivant une route diverse selon les cas.

d. Érysipèle des nouveau-nés. Ce serait s'exposer à des longueurs inutiles que de décrire les formes que peut affecter l'érysipèle chez les enfants nouveau-nés. Je pense qu'il vaut mieux établir la distinction suivante : Les nouveau-nés peuvent offrir un érysipèle semblable à celui des adultes, et alors, soit que l'érysipèle occupe la face, ce qui est assez rare, soit qu'il occupe les membres ou le tronc, il ne présente rien de particulier, si ce n'est la plus grande gravité de la maladie, chez des êtres faibles et chétifs ; ou bien l'érysipèle se montre du côté de l'abdomen, et, en pareil cas, il a presque toujours son point de départ dans une inflammation de l'ombilic, ainsi que F. Hoffmann l'avait déjà signalé, et que M. Thore (1) a constaté récemment ; il se complique fréquemment de *péritonite*, suivant les recherches de ce dernier auteur, et il offre, par conséquent, des caractères particuliers assez importants.

Lorsque la maladie occupe le ventre, celui-ci est dur, très douloureux, les tissus ont augmenté de consistance dans une grande épaisseur. J'ai vu plusieurs fois des signes semblables se montrer aux cuisses, à la région pubienne. Il serait superflu d'indiquer les symptômes de la péritonite concomitante.

Je ne crois pas devoir pousser plus loin la description des symptômes de l'érysipèle. En multipliant les détails, on risque de rendre cette description difficile à suivre et parfois inintelligible.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de l'érysipèle est essentiellement aiguë ; on voit quelquefois, il est vrai, des sujets présenter une inflammation érysipélateuse, qui, pendant longtemps, ne disparaît pas, et offre de loin en loin des exacerbations ; mais ces cas sont rares, et parmi ceux qu'ont rapportés les auteurs, il en est un bon nombre qui n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, mais bien à une autre affec-

(1) *Arch. gén. de méd.*

tion cutanée. Quant à ceux où l'on voit un érysipèle survenir à des intervalles plus ou moins éloignés, la maladie ayant complétement cessé dans ces intervalles, c'est par un abus de mots que quelques médecins leur ont donné le nom d'*érysipèle chronique*, car il ne s'agit évidemment que de plusieurs attaques d'érysipèle aigu.

On voit quelquefois l'érysipèle se transporter d'un point à un autre plus ou moins éloigné, et de celui-ci à un autre encore. Cet érysipèle, auquel on a donné le nom d'*erratique*, est rare. Dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle s'étend d'un point à un autre sans abandonner le premier ; il y parcourt, au contraire, ses périodes jusqu'à la desquamation ; puis, du point occupé en second lieu, il en gagne un troisième, et ainsi de suite ; de telle sorte qu'on voit aux limites de l'inflammation les tissus encore rouges, durs et douloureux, tandis qu'au centre ou à une extrémité la peau s'est ramollie, s'est ridée et s'est couverte d'une desquamation plus ou moins marquée. *Dans les cas d'érysipèle ambulant*, les parties primitivement atteintes peuvent avoir repris tous leurs caractères normaux, alors que l'inflammation est dans toute son intensité dans un autre point, et que la desquamation se fait dans les points intermédiaires.

Avec les auteurs modernes je pense qu'on ne peut pas admettre l'*érysipèle intermittent*. Ceci me conduit à dire quelques mots des *récidives*. On voit des individus très sujets à l'érysipèle ; or, chez eux, c'est presque constamment dans le même point que se produit la maladie, et principalement à la face. Il est remarquable que, dans ces cas, l'érysipèle se présente ordinairement avec un caractère de bénignité marqué.

La *durée* de l'érysipèle varie beaucoup suivant les diverses espèces et suivant l'état dans lequel se trouve le sujet. L'érysipèle de la face, comme cela résulte des relevés de M. Louis, parcourt ses périodes dans un septénaire environ lorsqu'il survient chez un individu d'ailleurs sain. L'érysipèle des autres parties du corps est généralement plus long, parce qu'il parcourt de plus grandes surfaces. L'érysipèle ambulant se prolonge assez longtemps. Quant à l'érysipèle phlegmoneux, il y a, outre la période d'inflammation, celle de suppuration qui peut se prolonger plusieurs semaines, et celle de cicatrisation souvent fort longue.

Il n'est pas plus possible de déterminer d'une manière générale le mode de *terminaison* de l'érysipèle. Il varie suivant les cas et suivant la constitution médicale. Si l'érysipèle est simple, s'il survient hors de l'influence épidémique, s'il se manifeste chez un homme qui n'est ni dans le cours ni dans la convalescence d'une autre maladie, il se termine ordinairement par la guérison. Cela s'applique principalement à l'érysipèle de la face. Dans les conditions opposées, et surtout s'il s'agit de l'érysipèle phlegmoneux d'une assez grande étendue, la maladie se termine fréquemment par la mort. Les enfants et les individus très avancés en âge doivent être mis au même rang que les individus dont la constitution est affaiblie par une maladie ; leur état de débilité rend, en effet, chez eux, l'érysipèle, quel qu'il soit, fréquemment mortel.

Je ne dois pas m'occuper des *lésions anatomiques ;* celles qui appartiennent en propre à l'érysipèle ont été suffisamment indiquées dans la description des symptômes, et quant à celles qui sont dues à des complications, elles sont très variables et ne présentent rien de spécial.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Je ne pense pas qu'il faille entrer dans de grands détails sur le diagnostic de l'érysipèle. On s'est trop préoccupé de la possibilité des erreurs de diagnostic lorsqu'on a cherché à différencier cette maladie de l'*urticaire*, de la *rougeole*, de la *scarlatine*. La description de ces affections fera voir combien les signes sont différents.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'*érythème*, que quelques auteurs ont regardé, à tort, comme un premier degré de l'érysipèle, ou plutôt comme une espèce très simple d'érysipèle. L'absence de gonflement appréciable de la peau, et principalement des papilles; la dissémination des plaques érythémateuses, leur prompte disparition, l'absence de la fièvre, dans beaucoup de cas, suffisent pour établir le diagnostic.

Quant à l'*érysipèle phlegmoneux*, il se distingue, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Velpeau, de la *phlébite* et de l'*inflammation des vaisseaux lymphatiques*, en ce qu'il ne suit pas le trajet de ces vaisseaux sous forme de lignes ou de rubans, et que la suppuration envahit de grandes surfaces.

Je ne pousse pas plus loin ce diagnostic, parce qu'avant tout il faut éviter ce qui est inutile, et que la description précédente suffit.

Pronostic. Le pronostic de l'érysipèle présente des considérations importantes, et sous ce point de vue encore il faut distinguer les cas. Ainsi que je l'ai dit plus haut, lorsque l'érysipèle est simple et qu'il survient chez un sujet jeune et sain, le pronostic est favorable, à moins de circonstances particulières. L'érysipèle phlegmoneux offre beaucoup de gravité, et cette gravité se mesure à son étendue, à l'existence de la résorption purulente, à l'abondance de la suppuration. L'érysipèle ambulant présente aussi d'assez grands dangers.

Si l'érysipèle survient chez un sujet déjà malade ou convalescent d'une maladie grave, le danger est grand. M. Louis (1), qui a étudié avec soin cette question, a vu un nombre considérable de malades succomber dans ces conditions, bien que l'érysipèle fût simple. M. Hervieux (2), s'étant occupé de la même question, est arrivé aux même résultats. Toutefois il ne faut pas croire qu'en pareil cas l'érysipèle détermine toujours la mort par lui-même. Les auteurs que je viens de citer ont, en effet, remarqué que les malades succombaient lorsque l'érysipèle était déjà arrivé à la desquamation depuis plusieurs jours. On peut admettre, avec M. Hervieux, que dans ces circonstances l'érysipèle est plutôt l'indice d'un état grave qu'une affection mortelle par elle-même; mais on peut penser aussi que l'érysipèle a contribué à hâter la mort, car nous voyons certaines maladies, la variole, par exemple, causer la mort des malades, alors même que la lésion locale a perdu toute son intensité ou a cessé. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'érysipèle survenant chez un individu affecté d'une autre maladie a une gravité incomparablement plus grande que dans des conditions opposées. Nous avons vu plus haut qu'il était, toutes choses égales d'ailleurs, notablement plus grave chez les jeunes enfants et chez les vieillards.

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde.*

(2) *De l'érysipèle dans la conv. ou la période ultime des malad. graves. Arch. gén. de médec.*, décembre 1847.

§ VI. — Traitement.

Traitement de l'érysipèle simple. Un assez grand nombre de moyens ont été proposés contre l'érysipèle. Un des principaux est la *saignée*. Il est peu de médecins qui se dispensent de pratiquer des émissions sanguines, et la plupart ont plus de confiance dans la saignée générale que dans la saignée locale.

Si d'abord nous examinons la *saignée employée avec modération*, nous trouvons un travail important de M. Louis (1), qui résout la question difficile de l'efficacité de cette saignée dans l'érysipèle. M. Louis ayant examiné, avec tout le soin qu'il a coutume d'apporter dans ses recherches, l'action de la saignée dans trente-trois cas d'érysipèle de la face, a trouvé qu'elle est beaucoup plus faible qu'on ne le croit communément; la durée de la maladie n'a été, en effet, diminuée que de trois quarts de jour. Si l'on a pu penser quelquefois que l'action de ce moyen est beaucoup plus grande, c'est qu'on l'a appliqué à une époque voisine du déclin de la maladie, et lorsqu'une amélioration évidente allait se manifester. Il ne faut pourtant pas conclure de ces faits, comme on s'est hâté de le faire, que la saignée n'a aucune utilité; la durée de la maladie ayant été diminuée, quelque faible que soit cette diminution, on doit en tenir compte. Aussi M. Louis n'a-t-il pas dit qu'on dût regarder la saignée comme inutile, mais seulement que son utilité a des bornes étroites. Cependant un bon nombre d'autres auteurs recommandables ont attribué aux saignées, et surtout aux saignées multipliées, un assez grand danger; je citerai parmi eux MM. Chomel et Blache, Andral, Bauquin (2), etc. Je ne crois pas que l'exactitude de cette dernière manière de voir soit mise hors de doute.

M. Bouillaud a appliqué à l'érysipèle sa formule des *saignées coup sur coup;* mais il n'a nullement prouvé qu'elle fût plus efficace dans cette affection que dans les phlegmasies dont nous avons parlé jusqu'à présent.

Quelques auteurs regardent l'application des *sangsues* dans un point plus ou moins rapproché du siége du mal comme un moyen plus efficace que la saignée générale. Rien ne démontre qu'il en soit ainsi ; dans quelques cas observés par M. Louis, l'érysipèle traité par les sangsues a eu une durée plus longue ; ce qui ne veut pas dire, sans doute, que les sangsues soient nuisibles, mais seulement qu'il n'est pas probable qu'elles aient une efficacité notable. Broussais, regardant l'érysipèle comme ayant son point de départ dans une irritation de l'estomac, conseillait les *sangsues à l'épigastre;* ces idées ne peuvent plus avoir cours aujourd'hui.

Parmi les autres moyens qu'il me reste à passer en revue, il en est qu'on administre à l'intérieur, et d'autres qu'on applique à l'extérieur.

1° *Médication interne.* Parfois on voit survenir dans le cours de l'érysipèle une adynamie profonde. En pareil cas, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer MM. Chomel et Blache (3), recommandent de suspendre les saignées et de recourir aux *toniques*. Cette conduite paraît sage ; mais sur ce point, comme sur tous ceux que j'ai encore à examiner, nous ne possédons pas de recherches bien faites, et surtout qui tiennent compte de la durée de la maladie. D'autres auteurs, tels que Selle, Cullen, Stoll, ont employé les toniques (quinquina, vin, etc.) dans presque

(1) *Rech. sur les effets de la saignée dans quelques malad. inflam.* Paris, 1835.
(2) *Ann. méd.-chir.*, 1827.
(3) *Dict. de méd.*, art. ÉRYSIPÈLE.

tous les cas d'érysipèle; mais que peut-on conclure de faits incomplets ou de simples assertions?

Vomitifs. Une des médications le plus fréquemment recommandées par les médecins et par les chirurgiens, est l'emploi des vomitifs. Desault (1), Autenrieth, le docteur Fischer (2), etc., préconisent ce moyen. On a expliqué l'efficacité des vomitifs par l'état bilieux dans lequel se trouvent les malades, et même on a décrit une variété de l'érysipèle sous le nom d'*érysipèle bilieux*. Il est impossible de dire quel est le degré d'utilité des vomitifs, car on n'a pas présenté en leur faveur le résultat d'une analyse satisfaisante des faits. Leur action paraît si différente suivant qu'on les applique au début ou à la fin de la maladie, qu'on aurait dû tenir grand compte de cette circonstance, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Il est à désirer que cette lacune soit comblée. Le *tartre stibié* à dose modérée ou *en lavage* est le vomitif le plus ordinairement prescrit.

Purgatifs. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des purgatifs, quel que soit celui qu'on administre; il est, par conséquent, inutile d'insister sur ce point.

L'*opium* a été prescrit par Reil (3) à la dose de 2 à 3 centigrammes toutes les quatre ou six heures, dans les cas de douleur très vive. Quelle influence cette médication a-t-elle sur la durée et sur l'issue de la maladie? C'est ce qu'il est impossible de dire.

M. Velpeau (4) dit s'être bien trouvé de pilules composées d'*opium*, de *nitrate de potasse* et de *camphre* dans les cas où les symptômes généraux étaient graves, et où la maladie avait la forme ataxique.

Je me bornerai à mentionner quelques autres moyens employés à l'intérieur, tels que l'*huile de térébenthine*, employée par le docteur Harry-Cox (5), la poudre de *colchique d'automne* (6), l'*acétate d'ammoniaque* (Autenrieth), la *digitale* (7).

MM. Hamilton et Charles Bell (8) disent avoir employé depuis vingt-cinq ans, et avec un succès constant, un remède puissant pour combattre l'érysipèle dans toutes les variétés qu'il revêt, idiopathique, symptomatique, traumatique: c'est le *chlorhydrate de fer* sous forme d'*alcoolature* (alcoolé de fer chloruré), qu'on prépare en mélangeant une partie d'oxyde rouge de fer, 4 d'acide chlorhydrique et 6 d'alcool. La dose est de 15 à 20 gouttes toutes les deux heures; on peut l'augmenter toutes les fois que la phlogose est tenace, étendue et produit beaucoup de sécrétion. Ces médecins citent de nombreuses observations d'érysipèle dont la guérison a été plus ou moins rapide, mais toujours certaine.

Cette médication, qui leur a été très utile chez les enfants nouveau-nés, se donne à la dose de 2 gouttes toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée. Il est évident qu'ils auraient dû tenir plus de compte qu'ils ne l'ont fait de la durée de la maladie.

Erysipèle des nouveau-nés. Belladone. M. le docteur Yvaren (9), d'Avignon,

(1) *Œuvres chirurgicales*, t. II
(2) Rust's *Magazine*, t. XVII.
(3) *Fieberlehre*, t. II.
(4) *Lancette française*, 1831.
(5) *The Lond. med. Rep.* 1825.
(6) Bullock, *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1835.
(7) Kopp, *Beob. im Gebiete*, etc.; Frank., 1821.
(8) *Monthly Journ.*, juin 1851, et *Union méd.*, 3 juillet 1851.
(9) *Revue méd.-chir.*, mai 1848.

a rapporté un cas dans lequel un érysipèle fort grave, survenu chez un enfant de neuf jours, et compliqué d'endurcissement du tissu cellulaire sous-jacent, s'est terminé par la guérison, après avoir parcouru presque toute l'étendue du corps. La médication qui a paru avoir de bons effets, est la suivante :

℞ Teint. alcool. de belladone. 1 goutte. | Eau sucrée............ 100 gram.

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Le septième jour, la dose fut portée à deux gouttes de teinture.

Je cite ce fait pour qu'on puisse expérimenter de nouveau le traitement, car, isolé, il n'a qu'une valeur restreinte.

2° *Médication externe.* La médication externe est beaucoup plus riche que la médication interne, mais les opinions sont encore plus divisées sur l'efficacité des moyens qui la constituent.

Scarifications, piqûres. Je signalerai d'abord les *scarifications* sur la partie affectée. Proposées par Hutchinson (1), elles ont été blâmées par d'autres, et surtout par J. Franck, qui craint qu'elles ne produisent la gangrène. Stoll scarifiait le cuir chevelu dans les cas d'érysipèle de cette partie. Nous avons vu que souvent la suppuration s'établit dans cette variété d'érysipèle, qu'on peut considérer alors comme un érysipèle phlegmoneux, et par conséquent il faut renvoyer nos réflexions sur ce point au moment où je parlerai de l'érysipèle phlegmoneux.

Des *piqûres superficielles* pratiquées au nombre de vingt, trente, et même plus de cent, sont regardées comme très utiles par quelques médecins (Lassis, Bright, etc.). Après les avoir faites, on les lave avec de l'eau tiède pour faciliter l'écoulement du sang, et l'on renouvelle cette petite opération deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Nous manquons des éléments nécessaires pour apprécier l'utilité ou les inconvénients de ces moyens.

Topiques. Le nombre des topiques employés contre l'érysipèle est très considérable. On a recommandé les *fomentations émollientes*, les *cataplasmes de farine de graine de lin*, de *fécule de pomme de terre*, les *lotions calmantes ;* l'application de *farine sèche de froment*, *de seigle ;* les *onctions avec l'axonge* (F. Barthez, Martin-Solon) ; les *onctions mercurielles* (méthode mercurielle) ; les *compresses trempées dans l'eau froide ;* les *lotions d'alcool camphré étendu d'eau ;* le *camphre* recouvert de compresses humides ; l'*eau blanche* et d'autres *astringents*, etc.

J'ai réuni à dessein ces médications dans ce passage, parce que la même réflexion s'applique à toutes : on n'a pas mis hors de doute, par une analyse de faits rigoureuse, leur degré d'efficacité. Et n'est-on pas autorisé à regarder comme peu fondés les éloges qu'on donne à ces moyens, lorsqu'on voit les plus opposés être également vantés, lorsqu'on voit des médecins proclamer comme très efficaces les émollients, tandis que d'autres préconisent les réfrigérants ? Je ne puis m'empêcher de le répéter ici, l'influence du médicament sur la durée de la maladie est la principale mesure de son action. Si l'on n'a pas convenablement recherché cette influence, on ne peut avoir que des présomptions, et les présomptions sont plus insuffisantes en thérapeutique qu'en toute autre matière.

Je dirai seulement quelques mots sur trois ou quatre des moyens que je viens d'énumérer. L'emploi des *compresses froides* et des *astringents* (Reuss, Gouzée,

(1) *Med.-chir. Transactions.* London, 1814. t. V, p. 278.

Wilkinson) a quelques faits qui paraissent parler en sa faveur ; mais ces faits sont sujets à contestation, et beaucoup de médecins pensent qu'il y a un grand danger à traiter ainsi l'érysipèle, parce qu'on peut déplacer l'inflammation et la porter sur un organe important : sur les méninges, par exemple, dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Il faut reconnaître que ces craintes sont le résultat d'idées purement théoriques, et que si, dans quelques cas, il y a eu des accidents graves, rien ne prouve que ce soit au moyen employé qu'il faille les attribuer.

L'application du *camphre* a été recommandée par M. Gama et par M. Malgaigne (1). Il résulte des faits rapportés par ce dernier observateur que cette méthode n'a pas d'inconvénients réels ; mais, par les motifs indiqués plus haut, on n'en peut pas conclure qu'elle ait de grands avantages.

Érysipèle des nouveau-nés. M. Trousseau (2) a employé contre l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle le topique suivant :

℞ Éther................ 60 gram. | Camphre................ 30 gram.

Étendez cette solution à l'aide d'un petit pinceau de charpie sur toute la surface érysipélateuse.

C'est à l'observation ultérieure à nous apprendre l'efficacité réelle de ce moyen.

Onguent mercuriel. L'emploi de l'*onguent mercuriel*, en friction ou en onctions sur la surface malade, a été beaucoup plus préconisé encore : est-il mieux démontré qu'il a une action avantageuse ? Personne n'a plus insisté sur son efficacité que M. Ricord (3) ; mais si l'on examine avec quelque attention ce qu'il a écrit à ce sujet, on voit qu'on ne peut arriver à aucune conclusion inattaquable. Citer des faits dans lesquels on voit des érysipèles promptement guéris, ce n'est rien ; tous les jours nous voyons la même chose sans presque aucun traitement. Il faut donc, de toute nécessité, employer les moyens de démonstration mis en usage par M. Louis, ce que M. Ricord, pas plus que les autres auteurs qui ont écrit sur ce point de thérapeutique, n'a pas songé à faire. Ce dernier attribue les insuccès à ce qu'on a employé de l'onguent mercuriel rance, à ce qu'on n'a pas persévéré dans le traitement. Ce que je viens de dire me dispense de discuter ces assertions. Ces réflexions prennent plus d'importance encore si l'on considère que, suivant M. F. Barthez (4), il suffit de faire des *onctions avec un corps gras* pour produire de bons effets. Du reste, M. Ricord recommande exclusivement les *onctions* faites de manière à recouvrir et à déborder même la surface érysipélateuse.

Il faut rapprocher de cette pratique l'usage des *lotions mercurielles* proposées par le docteur Schott. Il les pratique ainsi qu'il suit :

℞ Eau.................. 32 gram. | Deutochlorure de mercure. 0,05 gram.

Dissolvez. Pour une ou deux lotions dans les vingt-quatre heures.

Collodion. Dans un cas observé dans le service de M. Briquet, on a appliqué sur la surface d'un érysipèle occupant l'abdomen et survenu dans les circonstances les plus fâcheuses, une *couche de collodion* sur toute la surface érysipélateuse. L'érysipèle a été immédiatement arrêté dans sa marche. M. Aran a cité à la *So-*

(1) *Gaz. méd.*, 1832.
(2) *Bull. gén. de thér.*, février 1848.
(3) *Lancette française*, 1831.
(4) *Du traitement des érysipèles à l'aide des corps gras. Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires*, Paris, 1834, t. XXXIII.

ciété médicale des hôpitaux des cas semblables. M. Grisolle (1) a vu un érysipèle commençant arrêté du jour au lendemain de la même manière, et j'ai moi-même observé un cas où le collodion a procuré un soulagement immédiat, et dans lequel l'érysipèle, qui semblait encore en voie d'augmentation, a cessé de faire des progrès. M. Guersant (2) a obtenu chez un malade un bon résultat, en unissant le collodion à l'huile de ricin qui le rend plus souple, plus élastique et plus facile à se détacher par la simple application d'un cataplasme émollient.

Voici la formule de ce nouvel enduit :

℞ Collodion.............. 30 gram. | Huile de ricin............. 2 gram.

Mêlez.

M. le docteur Piachaud (3) de Genève, dans un mémoire sur l'érysipèle, cite trois cas où l'application de ce médicament a également été favorable. Enfin on sait que M. Robert-Latour traite ainsi un grand nombre d'inflammations. Ces faits doivent engager les praticiens à répéter un traitement aussi simple.

D'autres topiques ont été encore préconisés ; ils sont tous plus ou moins irritants, et l'action de quelques uns est telle, que je ne peux me dispenser de les étudier.

Vésicatoire. Le vésicatoire est recommandé par un très grand nombre d'auteurs, et, il y a quelques années, Dupuytren en a beaucoup vanté l'emploi. Mais encore ici nous nous trouvons arrêté dès les premiers pas. Les auteurs n'ont pas tenu compte de la marche naturelle de la maladie, et dès lors pas de conclusion possible. Je n'ai donc autre chose à faire qu'à mentionner des opinions. Faut-il employer le vésicatoire dans tous les érysipèles, ou seulement dans l'érysipèle ambulant ? MM. Cazenave et Schedel pensent qu'on ne doit y avoir recours que dans ce dernier. Quant à moi, après avoir parcouru les faits et avoir vu le vésicatoire échouer bien des fois, je pense que, même dans ce dernier cas, on ne peut accorder une grande confiance à ce moyen. Toutefois, si l'on était tenté de l'employer, il est certain que c'est dans l'érysipèle ambulant qu'il paraît le mieux indiqué.

Est-il nécessaire, après ce que je viens de dire, de rechercher, avec les auteurs, s'il vaut mieux appliquer des *vésicatoires volants* que des *vésicatoires à demeure*, et réciproquement ? s'il faut recouvrir toute la surface érysipélateuse, ou seulement une partie ? s'il faut établir la vésication non seulement sur la peau enflammée, mais encore sur une partie de la peau saine ? Évidemment non. Je mentionnerai seulement une manière particulière d'appliquer le vésicatoire, à laquelle M. Piorry (4) attribue de nombreux succès. Il applique un vésicatoire long et étroit, un *vésicatoire linéaire*, autour de la surface enflammée et à quelques centimètres au delà des limites du mal ; et, suivant lui, l'inflammation est arrêtée par cette vésication circulaire comme par une barrière infranchissable. Dans les faits cités par M. Piorry, on voit, en effet, l'inflammation rester en deçà de la vésication ; mais il faut remarquer que les érysipèles dont il s'agit sont des érysipèles de cause externe, qu'ils ont déjà un certain nombre de jours de durée quand on applique le vésicatoire, et que rien ne prouve que l'inflammation n'eût acquis déjà l'étendue

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1850.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 18 mars 1852.
(3) *Arch. gén. de méd.*, septembre 1852.
(4) *Union médicale*, 1847.

qu'elle devait avoir, lorsqu'on a eu recours à la vésication. Ce n'est qu'en étudiant mieux les faits qu'on répondra à ces objections.

Cautère actuel. Le cautère actuel, employé soit sous forme de raies de feu plus ou moins nombreuses, soit sur une surface un peu large avec un cautère plat, a été surtout préconisé par Larrey (1); mais il se présente encore ici cette cause continuelle de doute qui me force à tant de répétitions, et que je retrouve lorsqu'il s'agit d'apprécier les *frictions térébenthinées*, le *liniment de Kentisch* (2) composé d'*onguent basilicum* et d'*essence de térébenthine;* les *sinapismes*, les *moxas*, les *caustiques.*

La cautérisation à l'aide du *nitrate d'argent* mérite seule de nous arrêter un instant. Ce moyen, mis en usage par le docteur Hibbington (3), et appliqué plus tard par M. Tanchou, consiste à toucher toute la surface de l'érysipèle, soit avec un crayon de *nitrate d'argent*, soit, ce qui est plus facile, avec une solution de ce sel. Après cette application, la surface malade pâlit; mais quelle influence ce moyen a-t-il sur la guérison?

Je ne pousse pas plus loin cette étude du traitement de l'érysipèle simple; il est cependant quelques autres moyens qui méritent une mention, mais je vais en parler à propos du traitement de l'érysipèle phlegmoneux.

Traitement de l'érysipèle phlegmoneux. Un certain nombre de moyens employés contre l'érysipèle simple conviennent dans l'érysipèle phlegmoneux, et doivent être employés avec plus d'énergie. Ce sont les *émissions sanguines* générales et locales, les applications émollientes, les bains. Mais il est évident que tous les topiques irritants (vésicatoires, sinapismes, cautérisations), qui n'agissent que sur la partie la plus superficielle du derme, n'auraient ici qu'un résultat fort incertain; car la maladie s'étend profondément au tissu cellulaire. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de Dupuytren. M. Patissier, au contraire, dit avoir vu traiter avec un succès complet, par le vésicatoire, plus de quarante érysipèles phlegmoneux; mais aucun autre chirurgien n'a obtenu de pareils effets.

Si l'érysipèle phlegmoneux n'est pas parvenu à la période de suppuration, on cherche après avoir essayé de modérer l'inflammation par des émissions sanguines abondantes, à la faire avorter, soit par des *incisions*, soit par la *compression.*

Les *incisions* doivent être assez nombreuses pour qu'une suppuration s'établissant par les ouvertures qu'elles produisent, le pus ne puisse pas se rassembler en foyer, ou même pour que l'écoulement considérable de sang, auquel donnent lieu les incisions, prévienne toute suppuration due à l'inflammation qu'on veut combattre. A-t-on souvent atteint ce but? C'est ce dont il est bien permis de douter. Plusieurs auteurs ont attribué à cette pratique la gangrène des tissus, survenue dans quelques cas.

La *compression* est un moyen qui paraît plus utile, et en faveur duquel on a rapporté des cas intéressants. Pour la pratiquer, on se sert, soit d'un bandage ordinaire, soit d'un bandage amidonné. Il faut, d'une part, que cette compression ne soit pas exercée trop fortement; et, de l'autre, qu'elle soit suffisante. On comprend facilement les inconvénients qu'aurait l'un ou l'autre excès.

(1) *Clinique chirurgicale*, t. I.
(2) *Amer. med. and surg. Journ.*, 1823.
(3) Voy. *Journal des progrès*, 1827.

Quand la suppuration est établie, le traitement est tout à fait chirurgical, et je n'ai pas à m'en occuper.

Il me suffit d'ajouter que, comme dans les cas d'érysipèle simple, on a recours à une médication interne plus ou moins énergique, et qui n'est pas essentiellement différente. Cette médication interne n'a, du reste, qu'un faible degré d'importance.

Traitement des espèces et des variétés. Je n'ai rien à ajouter relativement à l'*érysipèle de la face*, si ce n'est que c'est celui qu'on a regardé le plus souvent comme de nature bilieuse, et que, par conséquent, on a le plus fréquemment traité par les vomitifs.

Dans l'*érysipèle du cuir chevelu*, l'accumulation rapide du pus sous l'aponévrose et la difficulté que ce liquide trouve à s'échapper exigent des scarifications promptes et profondes.

L'*érysipèle des membres* est celui qu'il est le plus facile de circonscrire par le vésicatoire linéaire ou la cautérisation circulaire avec le nitrate d'argent.

On a recommandé, contre l'*érysipèle des nouveau-nés*, l'*oxymel scillitique* pour provoquer le vomissement (1). Le docteur Œsterleben a prescrit, dans un cas, le *sulfate de quinine*, à la dose de 0,015 gram., trois fois par jour, concurremment avec le *mercure gommeux de Plenck :* l'enfant a guéri. Le docteur Miles (2) a donné le *sulfate de quinine* à la dose de 0,025 gram. ; il en vante les bons effets, mais sans fournir de preuves convaincantes.

Traitement prophylactique. Il y a peu de chose à dire sur le traitement prophylactique. Maintenir les plaies à l'abri de toute irritation, éviter, autant que possible, de pratiquer des opérations pendant les épidémies d'érysipèle, et, si l'on y est forcé, redoubler de soins : telles sont les précautions à prendre. C'est aux sujets qui ont fréquemment des érysipèles, à rechercher à quelles causes ils peuvent les attribuer pour s'en garantir.

Résumé. Je ne peux m'empêcher, en terminant, de revenir sur cette réflexion que j'ai eu tant de fois à présenter dans le cours de ce paragraphe : avec les documents que nous ont fournis les auteurs, il est impossible de déterminer l'efficacité des différents remèdes employés ; tout ce que nous savons positivement, c'est que, dans l'érysipèle de la face, la saignée modérée a une influence sur la durée de la maladie, mais une influence très limitée. Quant aux autres moyens, ceux qui ont été le plus vivement recommandés sont le vésicatoire, la compression, les incisions, le camphre à l'extérieur, les onctions mercurielles et le collodion. Ce sont ceux qu'on devra essayer les premiers, si la marche de la maladie ne paraît pas favorable.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de l'érysipèle simple :* Émissions sanguines générales et locales ; vomitifs, purgatifs ; toniques ; digitale, belladone ; camphre ; topiques émollients, réfrigérants, astringents ; camphre à l'extérieur ; collodion ; onctions mercurielles ; lotions mercurielles ; vésicatoire ; cautère actuel ; sinapismes, moxa ; caustiques ; térébenthine à l'extérieur ; cautérisation avec le nitrate d'argent.

(1) Joerg, *Handb. der Kinderkrank.* Leipzig, 1826.
(2) *The Lond. med. Reposit.*, 1824.



2° *Traitement de l'érysipèle phlegmoneux.* Beaucoup des moyens précédents (*émissions sanguines*, *vésicatoires*, etc.); incisions ; compression ; évacuer la suppuration, etc.

3° *Traitement des espèces et des variétés.* Dans l'*érysipèle de la face*, vomitif fréquemment administré ; dans l'*érysipèle du cuir chevelu*, incisions promptes ; dans l'*érysipèle des membres*, vésicatoire linéaire, cautérisation circulaire au delà des parties enflammées ; dans l'*érysipèle des nouveau-nés*, préparations mercurielles peu actives ; sulfate de quinine.

4° *Traitement prophylactique.*

ARTICLE III.

URTICAIRE.

Il suffira d'une courte description de cette maladie, légère dans l'immense majorité des cas.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'urticaire est un exanthème caractérisé par des plaques saillantes, sans forme déterminée, plus rouges ou plus blanches que la peau saine, fugaces, et causant une démangeaison incommode.

Cette affection a reçu les noms de *aspritudo* (Celse), *sora* (les Arabes), *porcellana*, *febris urticata*, *cnidosis* (Alibert). C'est une des maladies de la peau qu'on a le plus fréquemment occasion d'observer.

§ II. — Causes.

« Attaquant, disent MM. Cazenave et Schedel (1), tous les *âges*, les deux *sexes*, se manifestant dans toutes les *saisons*, l'urticaire affecte cependant plus particulièrement les *enfants*, les *jeunes gens* et les *femmes*, les individus d'un *tempérament nerveux*. Enfin, il y a des personnes dont la peau fine et délicate y est tellement prédisposée, qu'il suffit de la moindre *pression*, du moindre *frottement* pour déterminer de larges plaques d'urticaire, semblables à celles qui résultent de la flagellation. On l'observe plus fréquemment au *printemps* et dans l'*été*, où quelquefois elle semble être *épidémique*.

» Cependant, suivant la remarque de J. Frank, il arrive quelquefois qu'elle se développe sous l'influence du *froid*, pour disparaître, au contraire, sous celle de la chaleur.

» L'urticaire peut aussi être produite par l'action de *causes directes* appréciables. C'est ainsi qu'elle est déterminée par les feuilles de l'*urtica dioica*, par le contact de certaines chenilles, etc. Dans ces cas, l'éruption plus ou moins locale, est, le plus souvent éphémère et de courte durée. »

Les autres causes sont : la *dentition*, les *émotions morales*, les excès ; l'ingestion de *certains aliments*, tels que la *viande de porc*, les *champignons*, les *amandes*, le *miel*, les *concombres*, et surtout les *moules*, les *écrevisses*, les œufs de certains poissons. Pour l'action de ces dernières substances on admet généra-

(1) *Traité des maladies de la peau.*

lement une prédisposition, ainsi que pour celle de certains médicaments. En effet, on voit des sujets qui, par une idiosyncrasie particulière, sont atteints d'urticaire chaque fois qu'ils font usage d'une de ces substances.

On voit aussi l'urticaire survenir dans certaines affections aiguës, et surtout dans le cours de la *fièvre intermittente* et du *rhumatisme articulaire aigu.*

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes de l'urticaire, on a admis diverses espèces distinctes. Les principales sont : l'*urticaire fébrile ;* l'*urticaria evanida ;* l'*urticaria tuberosa.*

1° *Urticaria febrilis.* Elle s'annonce par des symptômes fébriles d'une intensité variable et de plus ou moins longue durée (quelques heures ou quelques jours). Ces symptômes consistent dans un malaise général, des horripilations, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs épigastriques, des nausées, des lipothymies.

Au bout d'un temps variable, il survient un *prurit* incommode et souvent insupportable ; une chaleur plus ou moins vive par tout le corps, et bientôt on voit apparaître sur une partie du corps plus ou moins étendue, et principalement sur les épaules, les lombes, les cuisses, des *élévations* tantôt roses, tantôt d'un rouge assez foncé ou d'un rouge vif, tantôt pâles, comme si elles étaient constituées par une suffusion séreuse du derme, tantôt enfin pâles dans leur centre, et plus ou moins rouges à leur pourtour.

Leur forme est variable, circulaire, ovale, irrégulière ; leur étendue très diverse ; leurs bords sont durs. Leur nombre est également très variable, car tantôt on n'en voit qu'un petit nombre assez distinctes les unes des autres ; tantôt, au contraire, elles sont confluentes, et, dans ce dernier cas, elles couvrent assez souvent tout le corps. Koch (1) affirme qu'il en a vu jusque dans la bouche.

Un *prurit* souvent insupportable, augmentant par la chaleur du lit et aussi par les frottements exercés par le malade, est un phénomène constant.

Ordinairement les plaques considérées individuellement n'ont qu'une courte durée ; cette durée peut n'être que de quelques minutes ou d'une ou plusieurs heures. Quelquefois cependant elles se montrent pendant un et même plusieurs jours ; mais ces derniers cas sont très rares. Il en résulte que l'éruption consiste en une apparition plus ou moins rapide de plaques, se montrant çà et là, et disparaissant pour être remplacées par d'autres. Il est même assez commun de voir l'éruption diminuer très notablement, disparaître presque complétement pendant plusieurs heures pour se reproduire de nouveau.

Parfois la disparition, le retour des plaques sont périodiques ; l'urticaire est alors *intermittente ;* et ce qui prouve qu'elle est de la nature des fièvres de ce nom, c'est qu'elle cède promptement au fébrifuge. D'autres fois, comme je l'ai dit plus haut, elle accompagne tout simplement une fièvre intermittente, et cède avec elle au sulfate de quinine.

De la présence des plaques sur divers points du corps il résulte un *gonflement* des tissus, avec gêne des mouvements. Ainsi les lèvres, les paupières s'épaississent

(1) *Progr. de febr. urtic.* Leipzig, 1792.

et s'ouvrent plus difficilement. Les articulations sont un peu tuméfiées et roides. Parfois l'*érythème* se joint à l'urticaire ; en pareil cas, le gonflement et la roideur sont plus considérables, et la maladie se termine par une desquamation qui n'appartient nullement à l'urticaire.

Les *symptômes généraux* ont une intensité des plus variables. Quelquefois la fièvre est intense le premier et le second jour ; il y a une vive agitation et même du délire. Bien plus souvent, le mouvement fébrile est très modéré.

L'*appétit* est généralement perdu au début ; mais il est rare qu'il y ait des symptômes un peu notables du côté des organes digestifs, à moins qu'il ne s'agisse de ces cas où la maladie est causée par l'ingestion des substances alimentaires ou médicamenteuses mentionnées plus haut. Alors on observe quelquefois des vomissements, avec diarrhée plus ou moins abondante, des coliques. Ces symptômes paraissent être ceux d'une simple indigestion ; mais quelquefois ils sont si violents qu'on est en droit de supposer un *empoisonnement* par une substance âcre.

Après des apparitions plus ou moins nombreuses, les plaques de l'urticaire disparaissent *sans laisser aucune trace.*

2° *Urticaria evanida.* Cette variété est particulièrement remarquable par sa marche qui est *chronique ;* mais elle a aussi quelque chose de particulier sous le rapport de l'éruption. Les plaques, ordinairement irrégulières et allongées, ressemblent aux marques d'une flagellation récente. Elles se montrent pendant quelques heures, puis disparaissent, pour se reproduire une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

3° *Urticaria tuberosa.* L'urticaria tuberosa est la plus grave de toutes. L'éruption est constituée non plus par de simples plaques superficielles, mais par des espèces de nodosités pénétrant assez profondément dans le derme, et occasionnant dans les parties une tension et une gêne considérables.

Dans cette variété, les *symptômes généraux* sont ordinairement intenses ; l'éruption se produit habituellement le soir, et le lendemain il reste un abattement notable. Dans quelques cas, on a vu, au lieu de simples indurations, se produire des ecchymoses, des ruptures, un gonflement énorme, avec suffocation, agitation, gêne extrême des mouvements ; mais ces cas sont exceptionnels.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de l'*urticaire fébrile* est rapide. Il y a plusieurs éruptions ; mais elles ne sont pas interrompues par des intervalles aussi tranchés que dans les autres variétés, à moins que la maladie ne complique une fièvre intermittente. La durée de cette espèce est d'un septénaire environ. L'*urticaria evanida*, dont la marche est chronique, ainsi que je l'ai dit plus haut, a ordinairement une durée de deux mois ; elle peut durer beaucoup plus longtemps ; et l'*urticaria tuberosa* persiste quelquefois pendant des années. Il est au moins excessivement rare que l'urticaire se termine par la mort. Les auteurs qui se sont occupés des maladies de la peau ont admis la possibilité de cette terminaison, mais on n'en a pas cité d'exemple.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

« Dans le *lichen urticans*, qui pourrait, dit M. Cazenave, en imposer pour quel-

ques cas d'urticaire, les papules sont arrondies, bien moins étendues, moins saillantes ; leur teinte est plus foncée ; elles sont plus résistantes sous le doigt ; elles ne disparaissent jamais spontanément, et enfin elles présentent toujours, aux environs, les éléments propres du lichen : de véritables papules, qu'il suffit d'avoir vues une seule fois, pour ne jamais les confondre avec les plaques de l'urticaire.

» L'*urticaria tuberosa* pourrait, dans quelques circonstances, être confondue avec l'*erythema nodosum*. La marche aiguë, continue et persistante de l'érythème suffira, dans tous les cas, pour le séparer de cette variété grave de l'urticaire, qui se présente avec des caractères tout à fait opposés. »

Il est évident, d'après ce que j'ai dit plus haut, que le *pronostic* de l'urticaire n'est pas grave. L'urticaria tuberosa constitue seule une maladie sérieuse.

§ VI. — Traitement.

Il me suffira de présenter le passage suivant de M. Cazenave, qui indique très bien au médecin la conduite qu'il doit tenir dans les différents cas ; mais je signalerai auparavant l'utilité des *émissions sanguines*, et principalement de la *saignée générale*, lorsque la fièvre est intense et l'agitation grande. J'ai toujours vu, en pareil cas, la saignée apporter du jour au lendemain un calme remarquable, et je ne lui ai jamais vu produire le moindre accident.

« L'urticaire, dit M. Cazenave, qui est le résultat des causes directes, ne réclame, le plus souvent, aucun traitement. Des *applications locales acidulées*, un *bain* tiède ou deux, des *limonades légères*, seraient les seuls moyens à employer, si l'éruption ne disparaissait pas promptement. Des *lotions* avec l'*acétate de plomb liquide*, étendu d'eau, avec une dissolution de *sous-carbonate de potasse*, ou même des *bains entiers*, *rendus alcalins par l'addition de ce sel*, sont quelquefois nécessaires pour calmer les démangeaisons très vives, surtout lorsque l'éruption a été produite par le contact de certaines chenilles.

» L'*urticaire fébrile simple* cède facilement à un *régime sévère*, à des *boissons rafraîchissantes* et à quelques *bains tièdes*. De *légers purgatifs* sont souvent utiles. Mais lorsqu'elle est le résultat de l'ingestion de certains aliments, il faut se hâter de *provoquer le vomissement*, s'il n'a pas déjà eu lieu. On donnera ensuite une *boisson fortement acidulée* (eau d'orge avec 1 ou 2 grammes d'acide sulfurique médicinal par pinte), ou bien de l'eau sucrée, et, *chaque demi-heure*, *de trente à quarante gouttes d'éther* sur un morceau de sucre. »

M. Stanislas Martin (1) avance qu'une cuillerée à bouche d'*alcoolat de mélisse* dissipe presque instantanément le ballonnement du ventre, les envies de vomir et les démangeaisons de la peau, *lorsque l'urticaire est produite par des aliments irritants, et surtout par les moules.*

« L'*urticaire chronique*, ajoute M. Cazenave, est bien plus difficile à guérir ; on devra surtout alors insister sur le *régime*, en ayant soin de supprimer tout ce qui paraît exercer quelque influence sur le développement de l'éruption. Dans quelques cas, il est bon de *changer entièrement les habitudes du malade*. Des *émissions sanguines générales*, ou l'application de *quelques sangsues à l'anus*, pourraient être fort utiles chez les jeunes gens pléthoriques et chez les femmes mal réglées. Les bains tièdes

(1) *Bull. gén. de thér.*, mai 1850, p. 410.

simples, quand la maladie dure trop longtemps, produisent un résultat moins avantageux que les *bains alcalins* et les *bains de vapeur*, ou même les *douches de vapeur*, quand l'éruption affecte un siége de prédilection. Des *boissons acidulées*, de *légers laxatifs*, sont les moyens qu'il convient le mieux, dans la plupart des cas, d'adjoindre aux précédents. »

Dans un cas très rebelle, où un grand nombre de médications avait été employé en vain, M. le docteur Fabre (1) conseilla au malade de s'envelopper quelque temps avant la période d'exacerbation, dans un *drap mouillé* qu'il renouvelait au besoin s'il s'échauffait trop vite. Après trois semaines de ce traitement, l'exanthème avait disparu.

M. le docteur Marrotte (2) a obtenu la guérison d'une urticaire chronique, qui avait résisté pendant plus de six mois à des médications diverses, à l'aide de pilules contenant 0,05 grammes d'extrait d'*aconit*, à la dose de deux par jour d'abord et portées rapidement jusqu'à douze. En trois semaines la guérison fut complète.

» Lorsque l'*urticaire*, dit M. Cazenave, accompagne *une fièvre intermittente*, il faut combattre cette dernière affection par une médication convenable. C'est ainsi que l'on obtient quelquefois beaucoup de succès du *sulfate de quinine;* les accès fébriles cessent, et le plus souvent avec eux disparaît l'éruption. Enfin, *si le quinquina avait échoué* et si l'urticaire intermittente se présentait avec les symptômes graves dont nous avons parlé, nous avons vu plus haut qu'on pourrait avoir recours à la *solution de Fowler* avec des chances de succès. »

ARTICLE IV.

ROSÉOLE.

Je n'ai que quelques mots à dire de cette maladie légère, dont l'existence est même contestée, et qui n'exige pas de traitement particulier.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de roséole à une éruption exanthémateuse, fugace, caractérisée par des taches roses, non saillantes, irrégulières, et dont l'apparition est évidemment précédée de phénomènes fébriles. Plusieurs auteurs, et M. Rayer n'est pas éloigné de se ranger à cette manière de voir, ont regardé les cas dans lesquels se produisent ces phénomènes comme appartenant tantôt à l'*érythème* et tantôt à la rougeole. C'est une question qui n'est pas encore complétement résolue.

Cette affection a été décrite sous les noms de *rubeola*, *roseola*, *exanthème fugace*. Dans cet article, où nous ne nous occupons pas des éruptions syphilitiques, nous pouvons dire que la roséole n'est pas commune.

§ II. — Causes.

La roséole attaque principalement les *enfants* et les *femmes*. On l'observe surtout pendant l'*été*. Les émotions morales, les excès alcooliques, l'exercice immo-

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Roulers*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 16 mai 1851.
(2) *Ann. de thérap.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1847.



déré, l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur, sont des causes dont on n'a pas suffisamment démontré le degré d'action.

Willan a signalé une variété de roséole qui survient en automne (*roseola autumnalis*); mais M. Rayer a fait voir qu'il ne s'agit, en pareil cas, que d'une variété de l'érythème.

On voit quelquefois la roséole se manifester dans le cours d'un *rhumatisme articulaire*. Il ne faut pas confondre cette roséole secondaire avec la roséole rhumatique dont je parlerai plus loin.

On l'a vue aussi survenir dans le cours de quelques autres maladies fébriles, en particulier de la *variole* et de la *fièvre miliaire*, ainsi que dans la période de réaction du *choléra* (1), et on lui a donné le nom de *roseola cholerica*.

§ III. — Symptômes.

Je m'occuperai d'abord de la *roséole simple et primitive*, les autres espèces ne méritant qu'une simple mention.

Tantôt, et c'est le cas le plus commun, la maladie est annoncée par un mouvement fébrile assez marqué, par un malaise général, des frissonnements, de la céphalalgie, de l'agitation, de la prostration, une soif assez vive et la perte de l'appétit; tantôt l'éruption n'est précédée que d'un malaise peu notable. Chez les enfants très jeunes, on observe quelquefois, un certain temps avant l'éruption, des vomissements, du dévoiement et des convulsions.

Éruption. Après deux ou trois jours de durée des symptômes précédents, on voit apparaître sur la face et le cou, puis sur la poitrine, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, des *taches* d'un rose plus ou moins foncé, de 10 à 15 millimètres de diamètre, laissant entre elles des espaces de peau saine plus ou moins considérables, sans saillie, disparaissant sous la pression pour reparaître aussitôt, et donnant lieu à des *démangeaisons* assez vives.

Cette éruption dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois quatre ou cinq jours, et disparaît *sans desquamation*.

Dans quelques cas, les taches de roséole sont disposées en anneau avec des aires centrales dans lesquelles la peau a son aspect normal. Cette variété a été décrite par Willan sous le nom de *roseola annulata*.

Roséole rhumatique. Bateman, MM. Rayer, Fuchs, Hemming ont décrit une variété qui mérite de nous arrêter un instant. Un mouvement fébrile, accompagné de douleurs articulaires, passant d'une articulation à une autre, comme dans le rhumatisme aigu, précède de vingt-quatre ou quarante-huit heures une éruption de roséole qui suit une marche assez semblable à la précédente, mais dont les taches sont d'un rouge foncé, quelquefois noirâtre, ont la dimension d'un grain de chènevis ou d'une lentille, et se terminent par desquamation. Lorsque cette desquamation se manifeste, les douleurs articulaires cessent. Telle est la description donnée par Fuchs. Peut-on y voir une simple roséole? Je ne le pense pas; il y a trop de différence entre cette éruption et celle que nous avons décrite plus haut.

(1) Voy. art. *Choléra-morbus épidémique*.

§ IV. — Durée, terminaison.

La *durée* de la maladie est de trois ou quatre jours à un septénaire. Sa *terminaison* est toujours heureuse.

§ V. — Traitement.

« Dans tous les cas, dit M. Cazenave, un régime plus ou moins sévère, des boissons délayantes, une température modérée, et le repos, sont les seuls moyens à opposer à cette légère maladie. La roséole qui se développe chez les individus vaccinés ne demande aucun traitement particulier. Dans les cas de complication de la roséole avec une phlegmasie de quelques organes essentiels, c'est contre cette dernière affection que l'on doit diriger le traitement. »

Si les auteurs qui se sont le plus occupés des maladies de la peau n'ont pas donné d'autres détails sur le traitement, nous devons en conclure que cette affection n'a qu'une très faible importance et ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps.

ARTICLE V.

ROUGEOLE.

La rougeole, comme la scarlatine et la variole, est une des maladies les mieux étudiées et les mieux décrites. La facilité qu'on a trouvée à suivre la marche si bien déterminée de ces maladies, a permis de noter avec la plus grande précision la succession des symptômes, et de tracer son histoire avec exactitude. Il me sera, par conséquent, facile d'en donner une description fidèle sans entrer dans de très grands développements.

Willan, et après lui Bateman, ont voulu faire remonter jusqu'à l'antiquité la connaissance de cette maladie ; mais Gruner (1) a démontré qu'elle n'a réellement pas été connue avant les Arabes, et les médecins modernes se sont rangés à cette manière de voir.

Incomplétement étudiée, et confondue avec la scarlatine, ou même regardée comme un premier degré de la variole par les premiers médecins qui s'en sont occupés en Europe, la rougeole fut enfin convenablement distinguée par J. Hoffmann et Rosen, ainsi que par plusieurs autres auteurs de la même époque, et bien décrite par Sydenham et surtout par Borsieri (2).

Les recherches modernes ont notablement ajouté à nos connaissances sur ce point de pathologie. MM. Boudin (3), Rufz (4), Rilliet et Barthez (5), Rayer (6), nous ont fourni des documents très importants pour l'histoire de cette affection, et l'on trouve, dans les divers recueils français et étrangers, des mémoires très instructifs sur ce sujet.

(1) *Variol. ant. ab. Arab. sol. repet.*
(2) *Inst. med. pract.* Berolini, 1826.
(3) *Rech. sur les compl.*, etc, thèse. Paris, 1835.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1836.
(5) *Traité des malad. des enfants.*
(6) *Traité des maladies de la peau*, etc. Paris, 1835, t. I, p. 171.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Suivant les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau, l'exanthème serait le point capital de la maladie qui nous occupe; suivant d'autres, au contraire, il ne faut voir en elle qu'une fièvre particulière dont l'éruption n'est qu'une manifestation d'une importance beaucoup moins grande qu'on ne l'a cru généralement. Cette dernière manière de voir, qui s'appuie sur quelques particularités, dont je parlerai plus tard, n'est pas nouvelle; elle avait, dans le siècle dernier, fait donner à la maladie le nom de *febris morbillosa.* Aujourd'hui qu'on est revenu de cette exagération qui portait, il y a quelques années, les médecins à chercher le point de départ de toutes les maladies, sans exception, dans une lésion bien déterminée, on ne peut plus avoir de répugnance à regarder la fièvre comme prédominant dans les exanthèmes dont nous nous occupons; mais il faut se garder aussi de faire jouer un rôle trop faible à l'éruption; car nous verrons plus loin que, malgré quelques exceptions, cette éruption est aussi bien en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile que l'inflammation d'un organe dans les phlegmasies: et, d'un autre côté, nous ne devons pas oublier que les phlegmasies les mieux caractérisées, la pneumonie, par exemple, peuvent être annoncées par un mouvement fébrile d'une certaine durée, avant qu'aucun symptôme local soit venu annoncer le début de la lésion pulmonaire.

Je définis la rougeole: Une maladie fébrile, contagieuse, dont les symptômes généraux ont une physionomie particulière, et dont le principal symptôme local est l'apparition sur la peau de taches rouges caractéristiques.

Cette affection a été décrite sous les noms de *morbilli*, *febris morbillosa*, *rubeola*, *sarampion* (espagnol), *masles* (anglais), *Masern* (allemand), *rosalia* (italien).

Il suffit de dire qu'il est très rare qu'on échappe à la rougeole, pour qu'on comprenne que c'est une affection des plus communes.

§ II. — Causes.

Nous avons peu de chose à dire sur les causes de cette maladie comme sur celles des affections du même genre. Cependant on trouve dans les auteurs quelques documents utiles.

1° Causes prédisposantes.

Age. Tout le monde sait que la rougeole, bien qu'elle puisse s'observer jusqu'à un âge avancé (*soixante-seize ans*, Heim), est une maladie de l'enfance. Mais, dans cette période de l'enfance, elle affecte de préférence certains âges. Elle est plus rare avant qu'après la première dentition, et fréquente surtout de trois à cinq ans, comme l'ont constaté MM. Rilliet et Barthez. Jusqu'à dix ans, elle se montre assez souvent, devient de plus en plus rare jusqu'à quinze, et ne se déclare plus que chez un très petit nombre de sujets après ce dernier âge. En temps d'*épidémie*, on voit une plus grande proportion de sujets âgés de plus de quinze ans, parce que ceux qui avaient échappé à l'affection sporadique sont atteints par elle lorsqu'elle a acquis une plus grande énergie, ce qui a lieu dans les épidémies. Dans un mémoire très intéressant, M. Michel Lévy (1), qui a observé cette maladie

(1) *Sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.

chez des militaires, et dans de petites épidémies, a établi qu'elle est plus fréquente chez les adultes qu'on ne le croit communément.

Rien ne prouve que la rougeole attaque un *sexe* plus que l'autre, et soit plus fréquente dans une saison que dans une autre. M. Michel Lévy fait remarquer que cette affection est une de celles qui ne sont nullement modifiées par les *habitudes hygiéniques* des militaires. Il n'est pas prouvé que les enfants affectés d'une autre maladie, ou débilités par des affections antérieures, soient plus exposés à la rougeole que les enfants dans un bon état de santé.

2° Causes occasionnelles.

La *contagion* de la rougeole est universellement admise ; mais comment se fait cette contagion ? C'est un point sur lequel on n'est pas complétement d'accord. Des auteurs pensent qu'elle a lieu par contact ; mais ce mode de transmission est loin d'être admis par tout le monde. On reconnaît plus généralement la transmission par infection. Ce qui donne à penser néanmoins que la transmission par contact n'est pas impossible, c'est que l'*inoculation* du sang (Speranza), et même de l'humeur lacrymale (Michael de Katona), a communiqué la rougeole (1). Il serait important que ces expériences fussent renouvelées, et elles peuvent l'être avec d'autant moins de scrupule, que la rougeole inoculée s'est toujours montrée très bénigne. Ce qu'il s'agit surtout de constater, c'est si l'inoculation produit une véritable rougeole, ou un exanthème d'une autre nature.

La rougeole est une maladie qui *n'attaque les sujets qu'une fois* : telle est la *règle générale ;* il y a cependant des exceptions qui ne sont pas excessivement rares, et il est bien constaté que cette maladie *peut se montrer deux fois*, et plus souvent encore chez le même individu.

M. le docteur Vandieren (2) a vu à Anvers une petite fille de trois ans, qui, du mois de février au mois d'avril, a été *atteinte trois fois de la rougeole.*

Quant à moi, j'ai vu l'année dernière une petite fille qui en était affectée *pour la quatrième fois.* Les deux premières fois j'observai moi-même la maladie ; la troisième fois l'enfant était à Chartres, mais la mère, qui avait vu deux fois les mêmes symptômes, les reconnut à ne pas s'y méprendre ; enfin, la quatrième fois, je constatai de nouveau moi-même la nature de l'éruption.

Le caractère *épidémique* de la rougeole est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il importe de diviser la rougeole en *régulière* et *irrégulière*, *maligne* et *compliquée*. A ces deux divisions on peut rapporter tous les cas particuliers.

1° *Rougeole régulière.* On distingue dans la marche de la rougeole trois périodes : l'*invasion ;* l'*éruption ;* la *desquamation*. On peut y joindre l'incubation, qui néanmoins n'est pas, à proprement parler, une période de la maladie, puisqu'il n'existe encore aucun symptôme.

Incubation. L'incubation a lieu pendant cet espace de temps qui sépare le mo-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1843.

(2) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, et *Bull. gén. de thér.*, septembre 1848.



ment de la contagion de celui où se manifestent les premiers symptômes. La difficulté qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à constater le moment de la contagion, fait qu'on n'est pas d'accord sur la durée de l'incubation. Les uns la fixent à six jours (Gaubius), les autres à sept ou quatorze (Home, Vanderbosch), d'autres la font varier de six à sept jours (Willan), de cinq à trente et même à cinquante (Rilliet et Barthez). Des médecins ont vu les premiers symptômes se montrer après vingt-quatre heures. Ce qu'il faut conclure de cela, c'est que l'incubation a une durée très variable dont la moyenne nous échappe encore. Les expérimentateurs qui ont inoculé la maladie l'ont vue apparaître six ou sept jours après l'inoculation; mais c'est là une manière toute particulière d'introduire le virus dans l'économie, et l'on n'en peut pas conclure que les choses se passent de même dans les cas de contagion ordinaire.

Invasion. Suivant les auteurs, elle peut être précédée, pendant un ou deux jours, de malaise, d'accablement et de céphalalgie; mais ne doit-on pas plutôt voir dans l'apparition de ces symptômes une invasion lente et peu caractérisée?

Dans le plus grand nombre des cas, la maladie commence par des symptômes promptement intenses. Un *frisson* plus ou moins répété est parfois le signal de l'invasion; mais il résulte des recherches de MM. Rilliet et Barthez que dans la plupart des cas le frisson n'existe pas. Une *chaleur* plus ou moins élevée, accompagnée bientôt de sueurs, soit générales, soit bornées à la tête, et que M. Rayer a trouvées quelquefois fort abondantes et d'une odeur douceâtre, une accélération notable du pouls, tels sont les principaux symptômes de l'état fébrile.

En même temps on observe, du côté des *voies respiratoires*, des symptômes bien dignes de remarque. Il y a des *éternuments* fréquents; un écoulement parfois considérable de mucus âcre, une rougeur et un gonflement plus ou moins marqués de la muqueuse nasale; en un mot, les signes d'un coryza ordinairement intense.

Bientôt après, les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, sensibles à la lumière; les malades y éprouvent des picotements, et le liquide qui s'en écoule est parfois âcre comme le liquide nasal.

Du côté du *larynx* et des *bronches*, on observe une toux forte, sonore, grave, rude, et présentant, en général, un timbre particulier que tous ceux qui l'ont observé attentivement reconnaissent avec la plus grande facilité; c'est ce qu'on appelle la *toux férine.* Cette toux, souvent presque continuelle, revient parfois par quintes. Chez quelques sujets, loin d'avoir ces caractères, elle est légère et rare comme dans une bronchite bénigne. Il y a en même temps une *respiration* accélérée, difficile, de l'oppression; en un mot, du côté de la poitrine nous trouvons les symptômes d'une *bronchite*, comme du côté des fosses nasales nous avons trouvé ceux d'un coryza.

Parfois le *pharynx* est aussi enflammé, et il en résulte la chaleur, la sécheresse de la gorge, une constriction du pharynx qui incommode beaucoup les malades. Ce n'est que dans des cas particuliers, dont il sera fait mention plus loin, que les ganglions sous-maxillaires se tuméfient sous l'influence d'une pharyngite violente.

Dès le premier jour, l'*appétit* est perdu, et les malades éprouvent une *soif* plus ou moins vive. Les *nausées*, les *vomissements*, les *douleurs épigastriques* ne sont

pas des phénomènes constants ; il est même des épidémies dans lesquelles ils ne se montrent que rarement, mais il en est aussi où on les rencontre chez un assez grand nombre de malades.

La *constipation*, ou bien une *diarrhée légère*, sont des symptômes qui ont été attribués à la période d'invasion de la rougeole sans qu'on ait recherché la proportion de l'un ou de l'autre. On a seulement remarqué que, lorsque la rougeole survient dans le cours de la première dentition, la diarrhée est presque constante.

Les *urines* sont denses, de couleur rougeâtre. M. Becquerel les a trouvées plus denses et plus acides qu'à l'état normal, et y a vu une augmentation notable des parties solides.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la période d'invasion. Il faut y joindre, dans un certain nombre de cas, le brisement des membres, une anxiété parfois très vive, l'insomnie, le délire, des convulsions.

On peut, du reste, résumer cette description en ces mots : Mouvement fébrile plus ou moins intense, coryza, bronchite avec toux particulière dans la plupart des cas. Ce sont là, en effet, les symptômes capitaux ; les autres ne sont qu'accessoires.

Je dois ajouter qu'il ne faut pas s'attendre à trouver tous ces symptômes réunis dans tous les cas. On voit parfois manquer le coryza et la bronchite ; quelquefois aussi on voit prédominer les symptômes abdominaux, et en particulier la diarrhée ; mais on peut dire que déjà, en pareil cas, la rougeole cesse d'être régulière.

Je n'ai parlé ni de l'*odeur* particulière (odeur de plumes d'oie fraîchement arrachées, Heim) qu'on a trouvée au corps des malades, ni de celle de l'*haleine* (très aigre et pénétrante, Mandl), parce que très probablement elle était due à des circonstances particulières qui ne se sont pas présentées à la plupart des observateurs.

Éruption. L'éruption ayant été décrite avec beaucoup de soin et d'exactitude par Guersant et M. Blache, je leur emprunte le passage suivant : « L'éruption, disent-ils, est caractérisée par de petites *taches* d'un rouge assez vif, analogues pour la dimension aux papules de la variole commençante ou de la fièvre typhoïde. Elles ressemblent aussi aux piqûres de puces, avec cette différence qu'*elles disparaissent sous la pression du doigt* pour reparaître dès que cette pression cesse.

» D'abord distinctes et arrondies, elles se réunissent bientôt en formant des groupes irréguliers, des *plaques* inégalement découpées sur leurs bords, des demi-cercles ou de petits croissants (*racematim coalescunt*, Sydenham). Commençant d'ordinaire à se montrer sur le menton, au front et sur les joues, les taches gagnent bientôt le cou, la poitrine et le dos, et se répandent ensuite sur l'abdomen et les extrémités.

» Les *taches de la face* sont, en général, plus saillantes que celles du reste du corps : ce *relief* n'est d'ailleurs que peu sensible au doigt. Au moment où l'éruption a acquis son plus haut degré de développement, c'est-à-dire vers le deuxième ou le troisième jour, les malades se plaignent souvent d'une *démangeaison* incommode. La *rougeur* de l'éruption ne reste pas continuellement la même : plus forte en général à la face, où la vascularité est plus grande et où quelquefois elle s'étend en plaques presque confluentes, elle offre plusieurs nuances diverses dans la même journée, et elle redevient plus vive dans les moments de redoublement fébrile ; parfois même ce retour des rougeurs est si prononcé, qu'on croirait au développement de taches nouvelles.

» Les *symptômes généraux* de la première période se retrouvent à peu près semblables dans la seconde : la fluxion oculo-nasale persiste ; la conjonctive et la membrane pituitaire sécrètent un mucus plus épais qui se durcit en croûtes ; cette sécrétion est beaucoup plus abondante chez les enfants cachectiques des hôpitaux que chez ceux de la ville. La dyspnée reste la même par suite de la bronchite concomitante ; la toux devient plus humide, tout en gardant son caractère propre ; la voix est encore rauque ou affaiblie, et l'auscultation de la poitrine révèle la présence des *râles* qui appartiennent au catarrhe. La *face* continue à être un peu bouffie ; la *peau* est sèche, chaude ; le *pouls* se maintient très élevé ; quelquefois même, loin de baisser quand paraît l'éruption, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas, il reste accéléré alors même que les taches commencent à pâlir, et en l'absence de toute complication. Le pharynx et le voile du palais offrent les rougeurs du début, et le malade éprouve à la *gorge* une sensation de sécheresse et d'aspérité. La *langue* est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre avec piqueté rouge ; la soif et l'inappétence persistent quelquefois jusqu'au septième ou au neuvième jour ; les *gencives* présentent, surtout au pourtour des alvéoles, ces pellicules blanches, minces, faciles à enlever, fréquentes dans les phlegmasies des membranes muqueuses. »

Pour compléter cette description, je dois ajouter les particularités suivantes notées par divers auteurs. Parfois la saillie des taches est beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire : ce sont de véritables papules. On a donné à cette variété le nom de *rougeole boutonneuse*. Dans certains cas (1), l'éruption est si abondante qu'il existe une véritable *rougeole confluente*.

Chez certains malades, et dans une épidémie où l'on voyait habituellement des taches ayant leur forme ordinaire, M. Lombard a vu des *taches circulaires* semblables à celles de la roséole, et même, dans un cas de véritables *vésicules*.

M. Boudin (2) a vu l'éruption accompagnée de *sudamina* plus ou moins abondantes.

L'éruption cutanée est précédée et accompagnée d'une *éruption muqueuse* sur laquelle il importe beaucoup d'insister, car elle est très utile pour le diagnostic. Elle est constituée par un piqueté d'un rouge plus ou moins vif, occupant le voile du palais et le pharynx, et signalé par MM. Heim, Marc d'Espine et Guersant.

Le docteur Helft (3), ayant examiné les matières excrétées par les diverses voies, y a trouvé des fragments épithéliaques, et il en a conclu que toutes les muqueuses présentaient une éruption analogue à celle de la peau ; il la désigne sous le nom d'*énanthème*, et, selon lui, l'intensité de l'éruption muqueuse est en raison inverse de celle de l'éruption cutanée, et réciproquement. Il est à désirer que ces recherches intéressantes soient reprises par d'autres observateurs.

Desquamation. Après avoir duré pendant un temps que je préciserai en parlant de la *marche de la maladie*, les taches pâlissent, leur auréole se dissipe, puis elles s'affaissent, prennent une couleur un peu violacée, ou terne et jaunâtre ; elles ne disparaissent plus sous la pression. C'est ordinairement dans les points où elles

(1) Gendron, *Acad. de méd.*, 1827.
(2) *Rech. sur les complic. qui accomp. la rougeole chez l'enfant*, thèse. Paris, 1835.
(3) *Ueber die Desq. des Epith.*, etc. (*Journ. für Kinderkrankheiten*, 1843).

se sont montrées d'abord qu'elles commencent à éprouver ces changements ; mais dans quelques cas le contraire a lieu. Dans certains cas légers, elles disparaissent très rapidement. Il en est de même dans des cas assez intenses, mais il y a alors ce qu'on a appelé la *délitescence*, dont je parlerai plus loin.

En même temps que ces phénomènes se passent, la *desquamation* a lieu : elle est constituée par une poussière épidermique blanche et sèche, comme farineuse. Rarement on voit se détacher des plaques épidermiques. Parfois la desquamation manque complétement ; il n'est pas rare de la trouver partielle, alors même que l'éruption a été générale. M. Trousseau a noté que chez les jeunes enfants la desquamation n'est bien évidente que sur la face ; sur le reste du corps, on la distingue avec peine.

Pendant que la desquamation s'opère, on voit s'apaiser les symptômes généraux : la fièvre tombe ; l'ophthalmie, le coryza cessent, mais la bronchite persiste le plus souvent, ou plutôt il reste les symptômes qui terminent les bronchites intenses, lorsque la violence de l'inflammation est tombée. La toux devient grasse et facile, et il y a une expectoration abondante de *crachats nummulaires*, opaques, non aérés, jaunes-verdâtres, nageant dans un mucus transparent. M. Michel Lévy a constaté que les crachats nummulaires sont beaucoup plus rares chez les adultes que chez les enfants, en sorte que ce signe a moins d'importance qu'on ne lui en a attribué.

2° *Rougeole irrégulière, maligne, compliquée.* Je réunis sous ce titre toutes les espèces particulières qui ne rentrent pas dans la description précédente.

La rougeole peut être irrégulière par suite de la violence exagérée de certains symptômes, ou, au contraire, par suite soit de leur absence, soit de leur peu de développement.

Dans certains cas, la *fièvre*, qui caractérise l'invasion, est d'une intensité très grande et s'accompagne de délire et de convulsions. D'autres fois elle se suspend plus ou moins complétement un jour avant l'éruption, pour se reproduire ensuite avec une grande vivacité.

Des *épistaxis* fréquentes et abondantes, les vomissements, la diarrhée, peuvent se montrer, tandis que le coryza et la bronchite sont faibles ou nuls.

Quelques sujets éprouvent des *douleurs vives* dans diverses parties du corps.

Les symptômes ne suivent pas leur marche habituelle ; ils sont *intermittents*, ou présentent des exacerbations marquées.

Chez quelques sujets, *la fièvre manque* complétement, il n'y a pas de période d'invasion, l'éruption est le premier signal de la maladie.

Telle est l'irrégularité qu'on remarque dans la *période d'invasion*. Elle porte, comme on le voit, tantôt sur un symptôme, tantôt sur un autre.

La *période d'éruption* présente aussi des irrégularités remarquables. Ainsi, l'éruption peut commencer par un autre point que la face ; elle peut rester bornée à une partie du corps, le tronc en particulier. Quelquefois la face en est exempte, tout le reste du corps en étant couvert (Rilliet et Barthez) ; rarement le contraire a lieu.

La *coloration des taches* offre des anomalies diverses : quelquefois pâles et ternes, elles sont parfois d'un rouge foncé ou violacées. Souvent alors la fièvre reste très intense ; le pouls devient serré, fréquent, parfois misérable ; et, du côté

des voies digestives, on observe une diarrhée abondante, du météorisme, des douleurs de ventre.

Les irrégularités qu'on observe dans la *période de desquamation* sont les suivantes : la desquamation peut manquer complétement, et les taches disparaître par *délitescence*, soit pour ne plus reparaître, soit pour se reproduire un ou deux jours plus tard. Quelquefois la desquamation est, au contraire, très abondante, bien que l'éruption ait paru peu prononcée.

Rougeole sans autres symptômes que ceux de l'éruption. Il est rare d'observer la rougeole sans coryza, sans bronchite et sans fièvre; cependant des cas de ce genre existent, tous les auteurs en parlent, et, pour mon compte, j'en ai vu un exemple il y a quelques mois. Suivant quelques auteurs, l'éruption, en pareil cas, se rapproche de la roséole; mais Willan, Guersant et M. Blache ont vu l'éruption tout à fait normale en pareille circonstance, et, dans le cas que je viens de citer, les taches étaient celles de la rougeole ordinaire, bien qu'il n'y eût ni fièvre, ni bronchite, ni *coryza à aucune époque de la maladie.* On a donné à cette variété, ainsi qu'à la suivante, le nom de *rougeole anomale.*

Rougeole sans éruption. Dans les épidémies, on voit quelques sujets présenter, au contraire, tous les symptômes qui appartiennent à la rougeole, moins l'exanthème. On en a conclu que c'était la maladie régnante sans altération cutanée; mais on ne peut accepter cette manière de voir qu'avec restriction. Si les symptômes qu'on observe dans la rougeole avaient un caractère tout particulier, s'ils n'étaient pas ceux d'autres affections fréquentes, comme le coryza, la bronchite fébrile, la question serait facile à résoudre; mais il n'en est pas ainsi, et l'on se demande si la préoccupation du moment n'a pas fait regarder comme des rougeoles des affections qui, dans toute autre circonstance, auraient été considérées comme de simples maladies des voies respiratoires. M. Rayer n'a jamais vu un seul exemple de rougeole sans exanthème, mais, dans quelques cas, il a vu l'éruption fugace et limitée, au point qu'un examen attentif pouvait seul la faire découvrir.

Formes graves. — *Rougeole hémorrhagique.* La rougeole hémorrhagique peut se montrer chez des enfants forts, robustes, et dans un état de santé parfaite ; mais, le plus souvent, elle se manifeste chez les sujets débilités par des maladies antérieures ou offrant actuellement une maladie chronique, la phthisie pulmonaire en particulier.

Cette forme est remarquable par les taches qui, constituant de véritables *ecchymoses*, ne disparaissent pas sous la pression, et par des hémorrhagies plus ou moins fréquentes et abondantes qui se produisent par diverses voies, la bouche, l'estomac, les intestins, la vessie. On voit qu'en pareil cas il y a cet état hémorrhagique constitutionnel dont nous avons parlé ailleurs.

Rougeole avec gangrène. Les auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants, et en particulier MM. Rufz, Rilliet et Barthez, ont noté un certain nombre de fois, dans le cours de la rougeole, des gangrènes occupant la bouche, les fosses nasales, les poumons, le larynx, l'anus et la vulve. Ce qu'il y a de remarquable dans ces gangrènes, c'est qu'elles ont une marche très rapide et détruisent promptement les tissus.

Rougeole maligne, putride, adynamique. Comme dans un grand nombre d'affections fébriles, on voit parfois, dans le cours de la rougeole, la fièvre prendre

une intensité extrême, et alors surviennent des symptômes semblables à ceux qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde dans laquelle, comme on sait, on a distingué la forme ataxique, adynamique, etc. Je ne m'arrêterai pas davantage à ces symptômes ; je dirai seulement que, comme les précédents, ils annoncent une grande violence de la maladie, et rendent le pronostic très fâcheux.

Rougeole compliquée. On a beaucoup insisté sur les lésions organiques plus ou moins graves qu'on observe quelquefois dans la rougeole, et on les a décrites sous le nom de *complications.* Sans doute les faits de ce genre doivent être connus du praticien, mais il ne faut pas s'en exagérer la valeur, et surtout y voir toujours des complications proprement dites. Ce sont souvent, en effet, des lésions propres à la maladie elle-même, et qui ont seulement, par des causes que nous ne connaissons pas, acquis un plus haut degré d'intensité qu'à l'ordinaire.

On observe, chez certains sujets, une inflammation violente de la bouche avec gonflement des gencives et ulcérations. Cette *stomatite* est due à la fois à l'intensité du mouvement fébrile, à l'éruption muqueuse, et peut-être aussi à l'état du sang dans la maladie qui nous occupe.

Une inflammation semblable se montre parfois dans le larynx et le pharynx, et, dans une épidémie de rougeole aux Enfants-Trouvés, j'ai vu un nombre considérable des enfants affectés succomber par suite du *croup.* Les mêmes remarques ont été faites dans d'autres épidémies, et l'on a vu les productions pseudo-membraneuses rester quelquefois bornées au larynx et aux bronches, mais plus souvent se montrer aussi dans le pharynx.

Une *bronchite* intense, un *coryza* très violent, donnant lieu à une sécrétion purulente abondante, ne sont évidemment que des exagérations des symptômes propres à la rougeole. Il n'en est pas de même de la *pneumonie*, qui se montre fréquemment dans le cours de cette maladie ; elle a été, en effet, notée 65 fois sur 157 cas, par MM. Rilliet et Barthez. La *pleurésie* est beaucoup moins fréquente ; elle a cependant été rencontrée un certain nombre de fois par MM. Dechaut et Baron.

Du côté des *voies digestives*, nous trouvons d'abord l'*entérite* et cette diarrhée que M. Rufz a vue survenir, dans tous les cas, pendant les deux tiers de la maladie, puis les vomissements plus ou moins opiniâtres dont nous avons parlé plus haut, et comme lésions correspondant à ces symptômes, le ramollissement de l'estomac et de la muqueuse intestinale, des *ulcérations du gros intestin* (Rufz et Boudin), le gonflement, le ramollissement des ganglions mésentériques, etc.

Enfin je signalerai l'*inflammation des méninges et du cerveau*, qui se montre rarement, même dans les cas de délire et de convulsions, des *abcès* qui surviennent dans diverses parties du corps, des *furoncles* plus ou moins nombreux.

Anasarque. L'anasarque se montre bien plus rarement dans la rougeole que dans la scarlatine. Comme dans cette dernière affection, c'est surtout pendant la convalescence qu'on la voit apparaître. Du reste, elle ne présente pas d'autres particularités que celle que nous aurons à mentionner dans l'histoire de la *scarlatine*, à laquelle je renvoie le lecteur.

On voit parfois la *variole* se développer en même temps que la rougeole, et alors il est rare que les deux affections marchent ensemble sans se modifier. Presque constamment la rougeole est modifiée seule ; mais dans quelques cas l'action

modifiante de ces deux affections éruptives est réciproque. Les choses se passent à peu près de la même manière lorsque la *scarlatine* et la rougeole se développent en même temps. Les symptômes généraux de chacune des affections éruptives peuvent exister chez le sujet affecté, mais ceux de l'affection prédominante l'emportent de beaucoup sur les autres. Dans quelques cas, on a vu une de ces affections éruptives s'arrêter pendant que l'autre apparaissait, et reparaître après la terminaison de celle-ci.

Pendant le cours d'une rougeole, et quelquefois après sa disparition, on voit chez un certain nombre de sujets les symptômes de la *phthisie pulmonaire* se montrer avec une intensité souvent très notable. En pareil cas, y a-t-il seulement complication de phthisie? La rougeole a-t-elle été la cause de la phthisie? l'a-t-elle produite, ou bien n'a-t-elle fait que donner une impulsion nouvelle à une phthisie existant déjà à un état plus ou moins latent? Il est très difficile de résoudre de semblables questions; disons seulement que MM. Rilliet et Barthez, sur onze rougeoles primitives, en ont trouvé une suivie de tubercules; mais que, d'un autre côté, M. Rufz, étudiant les faits sous ce point de vue, n'a pas vu que la tuberculisation se montrât plus fréquemment à la suite de la rougeole qu'à la suite de toute autre maladie fébrile, et qu'il n'a pas pu trouver un rapport de cause à effet entre l'une et l'autre de ces affections. Comme on le voit, c'est là encore un sujet qui a besoin d'être étudié de nouveau.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la rougeole présente des particularités très importantes, et je dois la considérer dans la rougeole régulière et dans la rougeole irrégulière, maligne, compliquée.

Marche ; durée ; terminaison de la rougeole régulière. — *La rougeole, lorsqu'elle est régulière*, a une marche qui varie dans des limites très étroites, et que l'on peut décrire ainsi qu'il suit : Dans la période d'invasion, se manifestent successivement la fièvre, le coryza, le larmoiement, la bronchite, et ces symptômes vont en augmentant jusqu'à la période d'éruption. Celle-ci, qui commence presque toujours par la face, devient de plus en plus abondante, puis s'éteint en même temps que les symptômes généraux s'apaisent, et la desquamation commence.

La *durée* totale de la rougeole régulière varie entre un et deux septénaires, mais il est plus fréquent de la voir se rapprocher du premier septénaire que du dernier.

La *durée de chacune des périodes* est la suivante : période d'invasion, de deux à quatre jours; période d'éruption, trois ou quatre jours (vingt-quatre à quarante-huit heures pour le développement des taches, et le même espace de temps pendant lequel ces taches restent stationnaires) ; enfin, période de desquamation, de quatre à huit jours.

Lorsque la rougeole se développe ainsi d'une manière régulière, sa *terminaison* est presque constamment heureuse; quelquefois cependant on a vu des individus chez lesquels les symptômes ne présentaient rien d'anormal mourir subitement. Cette terminaison, que nous retrouvons dans d'autres affections éruptives, ne peut pas s'expliquer d'une manière satisfaisante; mais il importe de la connaître pour le pronostic.

Marche; durée; terminaison de la rougeole irrégulière. — Nous avons vu plus haut que l'irrégularité dans la marche des diverses périodes de la rougeole constitue la cause la plus fréquente de la rougeole irrégulière. Je n'ai pas, par conséquent, à entrer dans de grands détails sur ce point; j'insisterai seulement sur la *délitescence*, qui a toujours inspiré le plus grand effroi aux médecins.

Il arrive, comme je l'ai déjà dit dans un certain nombre de cas, que les taches rubéoliques disparaissent plus ou moins brusquement; quelquefois elles se reproduisent au bout d'un ou deux jours : il y a eu alors délitescence momentanée; mais assez souvent elles disparaissent pour ne plus revenir : c'est la délitescence complète. Depuis qu'on étudie avec soin la rougeole, on a remarqué que cette disparition des taches est parfois suivie d'un état fort grave, et coïncide avec l'apparition de complications dont le siége principal est dans les organes pulmonaires. Alors la marche de la maladie est nécessairement interrompue, et ces symptômes qui caractérisent la rougeole, sont plus ou moins dominés par ceux de l'affection organique récemment développée. Dans d'autres cas, la délitescence a lieu sans qu'il survienne rien de grave, et la maladie marche, sans encombre, vers une terminaison favorable.

Personne n'a présenté sur ce point des considérations plus intéressantes que celles que nous devons à M. Michel Lévy (1); c'est pourquoi je ne crois pas pouvoir me dispenser de les reproduire ici. « Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent vingt, dit M. Lévy, l'éruption a parcouru régulièrement ses périodes; la délitescence a eu lieu vingt et une fois; dix fois au deuxième jour de l'éruption, et onze fois au troisième jour; sept fois le refroidissement paraît avoir été la cause probable de la brusque disparition de l'exanthème; trois fois la délitescence a coïncidé avec une diarrhée intense; mais nous verrons plus bas que ce symptôme s'est montré chez beaucoup d'autres rougeolés, sans que l'éruption en ait été troublée.

» Quant aux conséquences de la suppression de l'exanthème, voici ce qu'apprennent les faits : elles ont été nulles chez quatorze malades, qui ont aussi promptement guéri que si l'éruption avait suivi sa marche régulière; un malade a offert une belle éruption de sudamina sur le tronc le lendemain de la délitescence rubéolique; deux ont été pris de diarrhée légère et n'ont pas tardé d'entrer en convalescence. Chez un autre, l'éruption, qui s'était développée dans la nuit du 19 au 20 janvier, disparut subitement; le 21 il éprouva plusieurs vomissements, et guérit sans autre accident; un autre vit son éruption s'effacer au deuxième jour, sans nulle suite immédiate; le pouls resta à 60 par minute. Deux jours après, survint une varicelle qui parcourut régulièrement ses phases, et la guérison fut complète. Un homme atteint de rougeole le 13 février se décolore brusquement le 15; sorti guéri, il rentre avec des signes non douteux de tuberculisation. Six malades, frappés de délitescence, ont eu à lutter contre la bronchite profonde que la rougeole a laissée à sa suite; deux enfin ont succombé après la rétrocession de l'exanthème, l'un entraîné par un groupe de complications graves, l'autre ayant passé par une série d'états morbides sans liaison apparente. »

Il est à peine nécessaire de dire combien doit être irrégulière la *marche de la rougeole compliquée;* les affections complicantes viennent en effet porter la perturbation dans la succession des périodes et des symptômes qui la constituent. Quel-

(1) *Mémoire sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.

quefois elles retardent l'éruption ; d'autres fois elles font paraître la période d'invasion beaucoup plus violente ; mais les choses variant dans presque tous les cas particuliers, on ne saurait exposer ces irrégularités d'une manière générale.

Quant à la *durée* de la rougeole irrégulière, anomale, compliquée, elle est nécessairement très variable. Ce que l'on peut dire de plus général, c'est que la période d'éruption se trouve ordinairement abrégée, soit que le malade succombe, soit qu'il arrive à une guérison plus ou moins tardive.

La *terminaison* est, dans les cas que nous venons d'indiquer, fréquemment funeste ; elle l'est surtout dans les cas de rougeole noire, de rougeole compliquée de pneumonie. Nous avons vu plus haut que, dans la convalescence, il y avait à redouter l'anasarque et, selon quelques auteurs, la tuberculisation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Quelques mots suffiront pour indiquer les lésions anatomiques. Les auteurs s'accordent à dire que les taches rubéoliques ont leur siége dans le réseau vasculaire de la peau ; mais ce point demande de nouvelles recherches.

Suivant Lieutaud, ces taches rubéoliques peuvent se montrer jusque sur les viscères ; mais le fait n'est pas prouvé. Le développement de l'exanthème sur les muqueuses cachées à nos regards, et dont M. Helft, après plusieurs autres pathologistes allemands, a admis l'existence, n'est pas démontré par des expériences directes.

Il résulte des recherches de MM. Andral et Gavarret (1), que jamais la fibrine du sang ne dépasse le chiffre normal ; qu'assez souvent elle est au-dessous, et que, dans quelques cas, la proportion des globules est augmentée. Déjà on avait remarqué la fluidité du sang, qu'une inflammation concomitante peut néanmoins faire manquer. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé presque constamment un état de congestion des principaux organes, et l'on a signalé un développement des glandes de Peyer et de Brunner.

On voit que ces lésions rendent un compte bien imparfait des symptômes de la rougeole. Je ne parle pas de celles qui sont dues aux complications ; elles sont suffisamment connues.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans tous les cas, il est difficile de diagnostiquer la rougeole pendant la période d'invasion. Cependant, lorsqu'elle est régulière et se manifeste chez un sujet non affecté d'une autre maladie, on peut, au coryza, à la rougeur des yeux, au larmoiement, à la bronchite, à la toux férine, prévoir l'apparition de l'éruption rubéolique ; mais presque jamais on ne saurait en être parfaitement certain.

Lorsque l'éruption s'est produite, si l'affection est simple et régulière, le diagnostic est des plus faciles. Je ne reproduirai pas ici les caractères de cette éruption : il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur la description des symptômes pour s'assurer qu'aucune autre affection ne peut la simuler.

Dans quelques cas très rares de *rougeole boutonneuse*, on peut d'abord croire à l'existence d'une variole ; mais la maladie faisant des progrès, les taches se caractérisent, ou bien des pustules varioliques se développent, et toute incertitude cesse.

(1) *Rech. sur les modif. de prop. de quelques principes du sang*. Paris, 1840.



Dans la *rougeole* qui se manifeste chez des sujets atteints d'une autre maladie, les symptômes de celle-ci peuvent masquer complétement le début de l'affection éruptive ; mais le développement de l'éruption ne tarde pas à en faire reconnaître l'existence.

La *rougeole irrégulière*, la *rougeole compliquée*, la *rougeole anomale*, la *rougeole maligne*, présentent nécessairement des difficultés de diagnostic ; mais ces difficultés on ne peut les préciser. Pour les surmonter, il faut avoir présentes à l'esprit les diverses particularités mentionnées plus haut, et je renvoie par conséquent le lecteur à la description de ces espèces de rougeole.

Il serait néanmoins important d'établir le diagnostic entre certaines rougeoles et certaines scarlatines irrégulières qui laissent assez souvent le praticien dans l'incertitude ; mais je me propose de le faire dans l'article suivant, après la description de la *scarlatine*. Je n'insiste pas davantage sur ce diagnostic.

Pronostic. Lorsque la rougeole parcourt régulièrement ses périodes, que la fièvre n'a pas une intensité extrême, que les symptômes du côté des voies respiratoires sont médiocrement intenses, le pronostic est favorable. N'oublions pas toutefois que dans cette affection éruptive, fébrile, comme dans celles qu'il nous reste à étudier, il y a des cas malheureux où l'on voit survenir une aggravation subite des symptômes et une terminaison rapidement funeste que rien ne pouvait faire prévoir.

Nous avons vu plus haut que, d'après les recherches de M. Lévy, la délitescence n'est pas aussi fréquemment un signe fâcheux que le pensent bien des médecins. Il faut, en pareil cas, examiner attentivement tous les organes et toutes les fonctions ; s'il ne survient rien d'alarmant d'un autre côté, le pronostic est favorable ; s'il y a une complication grave, il acquiert la gravité que je vais signaler tout à l'heure. Ce fait n'avait pas échappé à d'autres auteurs, et notamment à Guersant et à M. Blache ; mais M. Michel Lévy l'a signalé avec plus de précision.

Lorsque la rougeole irrégulière ne s'accompagne d'aucune complication, et que les symptômes ne prennent pas un caractère insolite, le diagnostic reste encore assez favorable ; cependant, d'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez, la mortalité commence à devenir assez notable en pareil cas.

Les sujets attaqués par la rougeole dans un état de santé altérée présentent une mortalité assez grande et en rapport avec l'intensité de la maladie primitive ou avec leur degré de débilitation. Les complications, et surtout celles qui ont pour siége les voies respiratoires, rendent la maladie généralement grave.

Les cas les plus fâcheux sont ceux où la *rougeole est maligne*, où les taches sont de véritables pétéchies, où il y a des hémorrhagies répétées, et aussi ceux où il survient une inflammation des méninges et du cerveau.

La diarrhée trop abondante, les vomissements fréquents et de longue durée, les convulsions, un délire intense sont des symptômes fâcheux. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la diphthérite pharyngienne et surtout la diphthérite laryngienne rendent le diagnostic des plus graves.

§ VII. — Traitement.

La rougeole est une de ces maladies qui ont une marche pour ainsi dire fatale, et sur laquelle nos moyens de traitement n'ont que des effets très bornés. Aussi,

lorsqu'elle parcourt régulièrement ses périodes, le traitement consiste-t-il uniquement dans l'emploi de quelques moyens hygiéniques très simples. On a renoncé complétement aujourd'hui à ces pratiques fâcheuses, qui consistaient à couvrir énormément les malades et à leur donner des excitants diffusibles et des boissons chaudes dans le but de favoriser l'éruption. C'est une erreur de croire que plus l'éruption est abondante, plus la maladie est simple et sans complications. L'abondance de l'éruption annonce seulement, dans la très grande majorité des cas, qu'il s'agit d'une rougeole intense, et elle est en rapport avec la violence du mouvement fébrile, violence toujours de mauvais augure.

Le repos au lit ; des boissons émollientes ; une température douce ; la diète ; quelques calmants si la bronchite et le coryza sont un peu intenses, telle est la médication qui convient à la rougeole régulière. Il faut réserver les *émissions sanguines* pour les cas où une phlegmasie se manifeste.

L'administration d'un *purgatif* dans la convalescence de la rougeole est complétement inutile, comme le font remarquer Guersant et M. Blache. Quant au vésicatoire volant sur la poitrine ou permanent sur le bras, que M. Rayer conseille d'appliquer lorsque la toux se prolonge, rien ne prouve son utilité.

Lorsque la rougeole ne parcourt pas régulièrement ses périodes, les indications deviennent très variables suivant les cas.

Si l'éruption disparaît brusquement, faut-il chercher à la rappeler? Quand cette disparition ne coïncide avec aucun nouveau symptôme, ce rappel serait inutile, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Quand la délitescence est causée par une complication, les moyens que nous possédons pour rappeler l'éruption sont bien faibles, comme le fait remarquer M. Lévy, et j'ajoute qu'ils peuvent aggraver beaucoup la maladie complicante. Qu'a-t-on proposé, en effet ? Les *boissons chaudes, excitantes;* les *sudorifiques*, les *bains de vapeur*, les *bains chauds*, les *affusions*, les *bains froids ;* les *sinapismes* promenés sur la surface du corps, l'*urtication*. Je dis que ces moyens sont inutiles et qu'ils peuvent être dangereux : leur inutilité est prouvée par les faits dont M. Lévy nous a donné la relation ; leur danger se comprend facilement, lorsque l'on considère qu'il s'agit presque toujours de complications du côté des voies respiratoires, que la fièvre et l'agitation sont intenses, et que les excitants, les rubéfiants, ne peuvent qu'aggraver cet état fâcheux. Je pense donc que, sauf peut-être dans quelques cas exceptionnels qui ne peuvent être précisés ici, on doit se borner à combattre la complication aussi vigoureusement que le cas l'exige, et négliger l'éruption, qui n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. J'ai vu, pour ma part, des moyens excitants, employés pour favoriser ou rappeler cette éruption, porter la fièvre et l'agitation au plus haut degré et produire les plus mauvais effets.

Les *complications* doivent exciter au plus haut point la sollicitude du médecin ; mais on sent combien il serait difficile, dans un article général comme celui-ci, d'entrer dans tous les détails relatifs à cet important sujet. Je ne peux que tracer des règles générales de conduite, dont le praticien fera ensuite l'application.

Les inflammations de poitrine un peu intenses, et notamment la bronchite capillaire étendue et la pneumonie lobaire, exigent un traitement analogue à celui qu'on leur oppose dans les cas où elles se montrent à l'état de simplicité. Seulement quelques moyens doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, tous les

auteurs s'accordent à dire que les *émissions sanguines* doivent être moins abondantes. Le *tartre stibié à haute dose* doit être administré contre la pneumonie, mais avec précaution si le malade est très faible. On emploie contre la bronchite les *vomitifs* plus rarement que dans toute autre circonstance, parce que l'on craint qu'ils n'opèrent une révulsion vers les parties internes et ne fassent disparaître l'éruption. Cette crainte est très exagérée; les observations de Stoll ont prouvé que les vomitifs n'ont pas ce fâcheux effet, et, pour ma part, j'ai toujours vu l'*ipécacuanha*, ou le *tartre stibié*, à dose vomitive, produire les meilleurs effets dans les cas de bronchite intense, sans qu'il survînt le moindre accident. Je ne doute pas qu'on n'ait été trompé par des coïncidences.

Les calmants, les *narcotiques* sont aussi d'une grande utilité dans les cas où la respiration est difficile pour une cause quelconque.

Lorsqu'il survient des *accidents cérébraux*, faut-il, comme le recommande Gardien (1), appliquer un *vésicatoire sur la tête?* Je n'ai pas trouvé un seul fait qui prouvât réellement l'utilité de ce moyen.

Dans les cas où il survient des *hémorrhagies inquiétantes*, il ne faut pas craindre de donner des *astringents* et même d'appliquer des *réfrigérants;* ces hémorrhagies peuvent, en effet, devenir mortelles, ou au moins plonger le malade dans une débilité fâcheuse.

Dans les cas d'ataxie et d'adynamie, on peut mettre en usage les *antispasmodiques* et les *toniques;* mais nous n'avons pas de renseignements suffisants sur le degré d'efficacité de ces moyens.

Enfin, la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup) doit, dès qu'elle se montre, fixer toute l'attention du médecin, et il faut la traiter par les moyens énergiques qui ont été indiqués dans un autre article (2).

On voit que je n'ai pas mentionné particulièrement le *camphre*, le *soufre*, la *belladone* et quelques autres substances que certains médecins ont regardées comme des agents attaquant le miasme rubéolique lui-même, ou, en d'autres termes, comme des spécifiques; rien, en effet, ne démontre cette spécificité.

Traitement prophylactique. Le traitement prophylactique se réduit à l'*isolement* et à l'*inoculation.* Les prétendus spécifiques dont je viens de parler ont bien été administrés dans le but de prévenir l'affection; mais les faits rapportés en leur faveur sont si peu concluants, que personne ne leur accorde la moindre confiance.

Inoculation. Nous avons vu plus haut que la rougeole avait pu être inoculée principalement à l'aide des larmes et du sang qui s'échappe d'une petite incision faite aux taches. Or on a remarqué que la rougeole inoculée était toujours bénigne. Si donc il survenait une épidémie meurtrière, on pourrait avoir recours à ce moyen, bien que quelques expérimentateurs n'aient pas aussi bien réussi que F. Home et Michael de Katona.

ARTICLE VI.

SCARLATINE.

La scarlatine est une affection évidemment de la même nature que la rougeole,

(1) *Dict. des sciences méd.*, t. XLIX.
(2) Voy. t. I, art. *Laryngite pseudo-membraneuse* (Croup).

avec laquelle on l'a longtemps confondue. Les réflexions préliminaires que j'ai présentées à l'occasion de cette dernière maladie pourraient, par conséquent, trouver place ici ; mais il vaut mieux renvoyer le lecteur à l'article précédent.

On a fait remonter à Ingrassias (1) la première indication de la scarlatine, et sa distinction d'avec la rougeole. Après lui, Coyter (2) publia une description assez satisfaisante d'une épidémie de cette affection ; mais malgré ces documents, il faut arriver jusqu'à Sydenham et Borsieri pour voir la scarlatine bien connue des médecins. Depuis lors les recherches sur cette affection ont été des plus multipliées. Dans le cours de cet article, je signalerai les principaux travaux.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La scarlatine est une affection fébrile, contagieuse, ayant pour caractères, outre les symptômes généraux, une angine plus ou moins violente et une éruption cutanée de forme particulière.

Cette maladie a été décrite sous des noms très divers ; je citerai les suivants : *febris miliaris rubra* (Huxham), *rossolia purpura*, *morbilli confluentes*, *rubeola confluens ; fièvre rouge*, *fièvre pourpre ou pourprée.*

La scarlatine est loin d'être une maladie rare, mais il résulte des recherches récentes qu'elle est notablement moins fréquente que la variole, et surtout que la rougeole.

§ II. — Causes.

L'étiologie de la scarlatine ne nous fournira pas plus de détails que celle de la rougeole.

1° Causes prédisposantes.

La scarlatine peut se montrer à tous les âges, mais elle est infiniment plus fréquente dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. C'est de trois à dix ans qu'elle se montre le plus souvent, ainsi que l'ont constaté MM. Rilliet et Barthez. Avant cet âge, elle se manifeste d'autant plus rarement qu'on se rapproche davantage de la naissance, bien que, dans quelques cas, elle ait été *congénitale.* Après dix ans elle devient notablement moins fréquente à mesure qu'on avance en âge, de telle sorte qu'elle est très rare chez les vieillards. Cependant on a vu dans quelques épidémies les adultes en être plus particulièrement affectés : ce sont là des exceptions.

Nous n'avons pas de données suffisantes pour rechercher l'influence du *sexe* ; mais tout porte à croire qu'elle est nulle.

La scarlatine sévit-elle plus particulièrement chez les sujets déjà malades d'une autre maladie que chez les sujets bien portants ? C'est ce que nous ne pouvons dire, bien que MM. Rilliet et Barthez aient trouvé une assez grande proportion de scarlatines développées dans le cours d'une autre maladie, et auxquelles ils donnent le nom de *scarlatines secondaires.*

Quoique cette affection puisse se produire dans toutes les *saisons*, elle se montre plus souvent au printemps et pendant l'été.

(1) *De tum. prat. nat.* Naples, 1552.
(2) *De feb. purp. epid.*, etc., 1578.

2° Causes occasionnelles.

La cause déterminante unique est la *contagion ;* on a voulu la nier, mais un trop grand nombre de faits en établissent l'existence pour qu'il soit possible de conserver quelque doute à cet égard.

Comment agit la contagion ? D'abord on ne peut nier que la scarlatine ne se communique par infection. Se communique-t-elle aussi par contact et par inoculation ? Nous n'avons pas à cet égard de preuves convaincantes, malgré les expériences de MM. Miquel (d'Amboise) et Mandl.

La scarlatine se montre ordinairement d'une manière sporadique, mais il est très commun d'en observer des *épidémies.*

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes il faut, comme pour la rougeole, séparer la scarlatine régulière de la scarlatine irrégulière et compliquée.

1° *Scarlatine régulière.* — *Incubation.* Il résulte des faits rapportés par les auteurs que l'incubation dure ordinairement de trois à cinq jours ; que par conséquent, elle est généralement moins longue que celle de la rougeole. Mais quels sont ses degrés extrêmes ? C'est ce qui n'est nullement connu. M. Guéretin (1) a vu cette maladie se développer quinze jours après que le sujet fut soumis à la contagion ; mais on sent combien il est difficile d'avoir des données certaines dans le cours d'une épidémie, et combien les faits devraient être multipliés pour produire la conviction.

Invasion. Un *mouvement fébrile* caractérisé par une chaleur vive, une céphalalgie parfois intense, le brisement des membres, la soif, la perte de l'appétit, un peu de douleur à la gorge et une accélération notable du pouls, ouvrent ordinairement la scène. Dans quelques cas, ces symptômes sont précédés de frissons plus ou moins répétés ; des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, ont été observés au début chez quelques sujets ; dans certaines épidémies même (2), ces vomissements, au début, étaient fréquents. Enfin, chez un petit nombre de sujets, 4 fois sur 87 cas, suivant les recherches de MM. Rilliet et Barthez, le mouvement fébrile manque complétement dans cette période.

Si maintenant nous examinons le développement des symptômes qui viennent d'être mentionnés, nous trouvons que le mouvement fébrile va croissant jusqu'à la fin de cette période. La *chaleur* devient âcre, le *pouls* s'élève à 110, 120, 140 pulsations et plus.

La *langue* est rouge à la pointe et sur les bords. Il importe d'examiner attentivement la bouche et le *pharynx*, parce que, dans un assez bon nombre de cas du moins, un piqueté rouge un peu foncé, sur un fond rouge vif, se montre à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parois du pharynx, un certain temps avant que l'éruption soit bien caractérisée, ou même ait commencé à paraître. En outre, l'*angine*, qui est un caractère important de la scarlatine, se montre aussi assez souvent avec une intensité notable pendant cette période d'invasion.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3e série, t. XIV. p. 280.
(2) Voy. Mondière, *Rev. méd.*, 1842.

L'anorexie devient bientôt complète ; la soif va en augmentant. Il est rare qu'on observe des symptômes un peu notables du *côté du tube intestinal ;* cependant, chez quelques sujets, il y a de la *constipation*, et chez un plus petit nombre, du *dévoiement*.

Lorsque le mouvement fébrile a une grande violence, il est fréquent d'observer une *agitation* très grande, l'insomnie, le délire, le coma. Ces symptômes sont très effrayants, mais généralement de courte durée, lorsqu'il ne survient aucune complication.

Quant aux *voies respiratoires*, il est remarquable qu'elles ne présentent presque jamais d'altérations notables, malgré le voisinage de l'inflammation souvent intense du pharynx. La respiration est seulement accélérée, comme dans tout mouvement fébrile un peu violent ; mais on n'observe aucun autre symptôme digne de remarque.

Comme dans la rougeole, mais plus rarement encore, on peut voir tous les symptômes de la période d'invasion manquer complétement, et l'éruption marquer le début de la maladie.

Éruption. Cette période ayant été, comme celle de la rougeole, exactement décrite par Guersant et M. Blache, il serait fort inutile de substituer une autre description à la leur, et je leur emprunte le passage suivant :

« Le plus ordinairement, disent-ils, l'éruption commence à se montrer d'abord au cou, ensuite à la face, et surtout aux joues dont la coloration est plus intense qu'aux autres parties de la figure ; quelquefois c'est au tronc, aux extrémités, aux pieds ou aux mains, qu'elle se déclare en premier lieu, pour se répandre ensuite sur tout le reste du corps. Elle consiste en un nombre infini de *petits points* rouges qui reposent sur un *fond rose*, et qui n'offrent *pas de saillie* visible ou sensible au toucher. Ce pointillé, plus fin, plus rouge, beaucoup plus confluent et disposé plus régulièrement que les taches de la rougeole, se transforme en *plaques non saillantes*, les unes manifestement plus larges que les autres : peu étendues et isolées à leur origine, celles-ci ne tardent pas à se réunir en s'agrandissant, et finissent par donner aux téguments une *couleur écarlate*, uniforme, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. La peau, brûlante, sèche, est parfois rugueuse comme la chair de poule et devient le siége d'un *prurit* désagréable et d'une *tuméfaction* notable à la face, et *surtout aux pieds et aux mains*, dont la flexion est difficile.

» En même temps on observe de la *rougeur au pharynx*, ainsi que les phénomènes d'angine déjà indiqués ; les tonsilles, plus grosses, se couvrent de *plaques molles*, minces, blanchâtres, *pultacées ;* leur gonflement forme à l'extérieur une *tumeur* plus ou moins marquée, et l'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* ajoute encore à la tuméfaction. La *langue* conserve rarement son enduit blanchâtre ; elle s'en dépouille graduellement de la circonférence au centre et alors elle a une teinte d'un rouge foncé, et elle est tellement lisse qu'on la dirait couverte d'un vernis ; d'autres fois la saillie des papilles la fait ressembler à une fraise.

» L'exanthème de la scarlatine coïncide à peu près constamment avec l'apparition de *vésicules miliaires* très nombreuses et reconnaissables à leurs saillies, qui existent surtout autour du cou, aux aisselles et aux plis des bras.

» C'est vers le troisième ou le quatrième jour que l'éruption a acquis son plus haut

degré d'intensité ; elle est toujours beaucoup plus vive au bas-ventre, aux aînes et à la partie supérieure et interne des cuisses, au pli des articulations, aux aisselles, au pli des bras ; c'est aussi dans ces régions qu'elle est le plus persistante ; elle est plus rouge dans les moments où le malade crie et s'agite ; elle l'est plus aussi pendant les paroxysmes de la fièvre, et principalement le soir. Cette coloration écarlate de la peau a été comparée à celle d'une écrevisse cuite (P. Frank), ou du suc de framboise (Huxham). Après cinq, six ou huit jours de durée, c'est-à-dire après un temps plus long que pour la rougeole, l'exanthème s'éteint graduellement ; il prend une *teinte violette*, puis rose pâle ou légèrement *cuivrée*. Le plus souvent, la membrane muqueuse de la bouche reste rouge ; quelquefois c'est seulement à cette période que la langue, se dépouillant de son enduit blanchâtre, présente les papilles saillantes que nous indiquions tout à l'heure et sa rougeur caractéristique ; l'intumescence des parties diminue simultanément et par degrés.

» Les *symptômes généraux* de la seconde période sont ceux de la première un peu modifiés : la fièvre, qui tombe quelquefois lors de l'apparition de l'exanthème, se maintient d'ordinaire tant qu'il persiste, et suit avec assez de régularité ses diverses phases d'accroissement et de déclin. La *chaleur* de la peau est très intense, et la température du corps est très élevée, puisqu'elle fait monter le thermomètre à 41° cent. et même à 42° (1). Ne doit-on pas croire à une erreur dans le chiffre de J. Currie, 112° Fahrenheit (44° et demi cent.), puisque le maximum de la chaleur morbide trouvé par M. Andral, et, dans des expériences plus récentes, par M. H. Roger, est 41° centigrades ?

» Dans les paroxysmes, ou lorsque l'affection est un peu grave, le *facies* du malade exprime la souffrance et l'anxiété, les yeux sont animés et brillants : il y a de l'agitation, du délire nocturne, et presque toujours une insomnie qui résiste à tous les moyens employés pour la combattre, et qui parfois est le résultat d'un *prurit* excessivement incommode. L'angine pharyngée suit son cours, et, acquérant souvent plus d'intensité, constitue une complication fâcheuse. La *respiration* est gênée, bruyante, accélérée, l'air traversant avec peine les voies supérieures devenues plus étroites ; la soif et l'inappétence persistent, et la constipation est quelquefois remplacée par un peu de diarrhée, qu'accompagnent de légères coliques. »

J'ajoute, pour compléter cette description, que la rougeur ne conserve ordinairement pas toute son intensité pendant toute cette période ; non seulement, en effet, elle augmente le soir et pendant les paroxysmes, comme l'ont noté Guersant et M. Blache ; mais encore il y a parfois, comme l'a constaté Jahn, de fréquentes alternatives d'augmentation et de diminution dans l'intensité de la rougeur. Il faut être prévenu de cette particularité pour ne pas s'alarmer trop promptement lorsque l'éruption pâlit un peu.

Dans quelques cas, ce ne sont pas seulement des vésicules miliaires qui se mêlent à l'éruption scarlatineuse, mais des *bulles*, de véritables *phlyctènes*. Stoerk et Hildenbrand ont vu des faits de ce genre. On a donné à cette variété peu importante le nom de *scarlatine bulleuse ou pemphigoïde*.

L'*angine scarlatineuse* qui, pendant le cours de l'éruption, prend une plus grande intensité et parfois devient extrêmement violente, mais sur laquelle je n'in-

(1) Nasse, *Journ. d'Hufeland*, août 1841.

sisterai pas dans cet article, parce que je l'ai longuement décrite ailleurs (1), l'angine scarlatineuse, dis-je, présente des variations qu'il importe de connaître. Apparaissant ordinairement avant l'éruption, elle peut ne se montrer que dans le cours de celle-ci, et même, dans quelques cas rares, pendant la desquamation. De plus, Jahn, et récemment MM. Rilliet et Barthez, ont observé une irrégularité très remarquable de l'angine dans un certain nombre de cas. Ils l'ont vue, en effet, après un ou plusieurs jours d'accroissement, diminuer d'une manière notable, pour reprendre bientôt une nouvelle intensité ; ils ont vu même les fausses membranes tomber et se renouveler en vingt-quatre heures, et quelquefois au bout d'un ou deux jours de durée, des fausses membranes évidentes disparaître pour ne plus se montrer.

Desquamation. La desquamation est précédée du passage de la rougeur scarlatineuse au rouge terne, et de la disparition plus ou moins rapide de cette dernière teinte. Dans quelques cas, néanmoins, elle commence pendant que la coloration rouge existe encore ; quelquefois aussi, comme l'ont remarqué Vieusseux et M. Mondière, ce n'est qu'une, deux et même trois semaines après l'éruption qu'elle se produit. Jahn l'a vue se répéter plusieurs fois.

En général, la desquamation commence par les points envahis les premiers par l'éruption ; mais les exceptions ne sont pas rares.

MM. Rilliet et Barthez ont étudié avec beaucoup de soin la manière dont se produit la desquamation. Le décollement de l'épiderme se fait d'abord sur de petites élevures ; la membrane se rompt à son centre ; mais les bords vont se décollant jusqu'à la rencontre d'un autre décollement voisin, et de là résultent des lambeaux épidermiques irréguliers, d'un blanc mat, non transparents, secs, relevés sur les bords, qui constituent les squames scarlatineuses. Quelquefois les petites élevures ne se rompent pas, et alors il y a de larges lambeaux, auxquels la persistance de ces saillies donne un aspect particulier. Enfin, dans quelques cas, il y a une simple desquamation furfuracée, semblable à celle de la rougeole : et, dans un certain nombre aussi, on trouve à la fois toutes ces diverses variétés de desquamation.

A la face, la desquamation se fait presque toujours par très petites écailles. Dans quelques cas rares, d'autres parties du corps présentent, au contraire, des lambeaux d'une grandeur démesurée : on a vu, par exemple, l'épiderme d'un doigt se détacher sous la forme d'un doigt de gant ; mais ce sont là des détails de peu d'importance.

L'abondance de la desquamation est en rapport direct avec celle de l'éruption. On a vu quelquefois l'exfoliation de l'épiderme s'accompagner d'un *prurit* incommode ; mais ce phénomène est encore plus rare dans cette période que dans la période d'éruption.

La desquamation peut s'opérer même dans la bouche et dans l'arrière-gorge. Des lambeaux épithéliaques irréguliers, et d'une étendue variable, se détachent du voile du palais, du pharynx, de la langue, de la voûte palatine. Cette desquamation ne paraît pas être, autant que celle de la peau, en rapport direct avec l'intensité de l'éruption muqueuse, et surtout de l'angine scarlatineuse.

(1) Voy. art. *Pharyngite pultacée*.

Le docteur Helft a signalé dans la scarlatine un *énanthème* semblable à celui de la rougeole, et produisant une desquamation dont les produits se retrouvent dans les matières excrétées.

Lorsque l'éruption commence à pâlir, les symptômes généraux précédemment décrits s'apaisent, et ils disparaissent rapidement pendant la desquamation.

2° *Scarlatine irrégulière, anomale.* L'irrégularité de la scarlatine est semblable à celle de la rougeole.

Dans la *période d'invasion* nous trouvons tantôt une très grande bénignité des symptômes, tantôt, au contraire, une intensité insolite. Dans ce dernier cas, on observe soit des *troubles digestifs* intenses, soit, ce qui est plus fréquent, de violents *symptômes cérébraux :* délire, coma, et même convulsions. Quelquefois la période d'invasion manque complétement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Les irrégularités de la *période d'éruption* consistent dans la *pâleur* de l'exanthème, ou au contraire dans sa *coloration plus foncée* qu'à l'ordinaire; dans sa *limitation à une plus ou moins petite partie du corps*, dans sa disparition rapide.

Quant aux irrégularités de la *période de desquamation*, j'ai signalé la principale, qui consiste dans la forme furfuracée de l'exfoliation; les autres sont trop peu importantes pour nous arrêter.

On dit que la *scarlatine est anomale* lorsqu'il manque un des deux phénomènes les plus importants de la maladie, c'est-à-dire l'angine ou l'éruption. L'angine manque très rarement, mais parfois elle est très légère. On a remarqué qu'en pareil cas l'éruption était ordinairement irrégulière.

3° *Scarlatine sans exanthème.* L'absence de l'exanthème, alors que tous les autres symptômes de la scarlatine sont évidents, a été notée trop de fois avec exactitude pour que l'on puisse nier l'existence de la scarlatine sans exanthème. Déjà Huxham, Stoll, Rosen, Bateman, avaient signalé des faits de ce genre; et, parmi les médecins de notre époque, nous pouvons citer Dance, MM. Bretonneau, Trousseau, Mondière, Guéretin (1), Taupin (2), Gérardin, Graves, Carrière, comme ayant définitivement établi l'existence de cette anomalie que j'ai eu tout récemment l'occasion de constater moi-même.

Les cas de ce genre s'observent pendant les épidémies. On voit des sujets présenter le mouvement fébrile, l'angine scarlatineuse, sans aucun exanthème; et, en pareil cas, on peut, comme M. Mondière en a cité des exemples, voir même survenir l'*anasarque consécutive.* Toutefois on ne doit pas trop se hâter de croire à l'absence de l'éruption; quelquefois, en effet, elle demande une assez grande attention pour être découverte, et la desquamation, dans quelques points limités, vient montrer qu'elle n'a pas manqué complétement.

4° *Scarlatine maligne, putride, ataxique, adynamique*, etc. Cette variété de scarlatine correspond exactement à la *rougeole ataxique, adynamique*, etc., que j'ai signalée dans le précédent article, et les mêmes réflexions s'appliquant à l'une et à l'autre, je n'ai que très peu de chose à ajouter ici. Comme dans la rougeole maligne, c'est l'exagération extrême des principaux symptômes de la maladie qui lui donne ce caractère de gravité et de malignité, et suivant que tel ou tel symptôme est prédominant, elle revêt telle ou telle forme des fièvres graves. En pareil

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3e série, t. XIV.
(2) *Essai sur la scarlat. sans exanth.* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, octobre 1839).



cas, l'éruption est quelquefois légère, partielle, peu colorée, mais le plus souvent elle est remarquable par son abondance et par sa coloration. C'est au point que, dans quelques uns de ces cas, on a vu de la ressemblance entre l'éruption et l'érysipèle et l'on a donné à la maladie le nom impropre de *scarlatina erysipelatosa.*

5° *Scarlatine hémorrhagique ; scarlatine gangréneuse.* La scarlatine hémorrhagique ressemble aussi très exactement à la rougeole hémorrhagique décrite dans le précédent article. La couleur livide, noirâtre de l'éruption, les pétéchies, les ecchymoses, les hémorrhagies par les diverses muqueuses, tout leur est commun. Il serait, par conséquent, inutile d'insister.

J'en dirai autant de la *scarlatine gangréneuse*, beaucoup moins fréquente que la rougeole gangréneuse, et dans laquelle la mortification frappe ordinairement le pharynx et les parois buccales.

Une remarque générale qui s'applique à ces formes graves de scarlatine, c'est qu'elles ne se montrent guère que dans les épidémies, et dans les épidémies violentes.

6° *Complications.* Les complications de la scarlatine sont différentes de celles de la rougeole. On a placé parmi les complications la *pharyngite pultacée*, quoiqu'elle ne soit évidemment que l'exagération d'un symptôme propre à la scarlatine. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas à m'en occuper ici. Le lecteur trouvera, en effet, tous les détails nécessaires sur ce point à l'article *Pharyngite pultacée* (tome II), que j'ai déjà eu l'occasion de mentionner.

Il n'en est pas de même du *coryza*, qui est une inflammation appartenant à la rougeole et non à la scarlatine. Cependant, comme le coryza intense, qui se manifeste dans un certain nombre de cas, n'est que l'extension de l'inflammation pharyngienne aux fosses nasales, son apparition s'explique facilement lorsque la pharyngite est intense. Des fausses membranes envahissent les fosses nasales ; il s'écoule un mucus purulent ; la respiration ne se fait plus par les narines, qui sont douloureuses ; en un mot, on observe tous les symptômes du *coryza pseudo-membraneux.* Cette inflammation pénètre assez souvent dans l'oreille par la trompe d'Eustache.

La *laryngite et la bronchite pseudo-membraneuses* sont des complications moins fréquentes de la scarlatine que de la rougeole ; cependant il est des épidémies où on les a observées assez souvent. Je n'ai pas besoin de signaler toute la gravité de cette complication.

Dans une épidémie de scarlatine observée par le docteur Cormach (1), l'affection se compliqua de *vaginite* 12 fois sur 23 cas.

Par suite du peu de tendance des voies respiratoires à s'enflammer dans la maladie qui nous occupe, on observe rarement des *inflammations de poitrine.*

Les accidents cérébraux ne doivent être considérés comme une complication que lorsqu'ils sont dus à une *inflammation des méninges ou du cerveau*, ce qui est rare.

J'ai parlé, à l'article *Rhumatisme articulaire* (2), des douleurs articulaires qui surviennent chez un certain nombre de sujets affectés de scarlatine. Cette complication est beaucoup moins grave que les précédentes.

(1) *Gaz. med. Ital. Toscana*, et *Gaz. méd. de Toulouse*, août 1852.
(2) Voy. art. *Rhumatisme musculaire*, t. V de cet ouvrage.

L'*inflammation des glandes sous-maxillaires et cervicales*, lorsqu'elle dépasse certain degré, est aussi regardée comme une complication.

M. Graves (1) a rapporté un cas de scarlatine observé chez un enfant de cinq s, et dans lequel se produisirent des *abcès multiples* qui ont beaucoup prolongé durée de la maladie.

7° *Anasarque*. L'anasarque ne peut pas être considérée comme une complication, is seulement comme une conséquence sérieuse et assez fréquente de la scarlate.

Je ne crois pas devoir donner ici la description de l'anasarque : ce serait vouloir péter presque tout ce qui a été dit dans un des articles précédents (2) ; je mennerai seulement ce qu'il y a de particulier dans l'œdème qui se développe à la ite de la scarlatine.

MM. Rilliet et Barthez, recherchant la fréquence de l'anasarque chez les scarlaeux, l'ont trouvée chez un cinquième des sujets. Cette proportion doit-elle être rdée comme définitive? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire. MM. Rilliet et rthez observaient à l'hôpital des Enfants, et il serait très possible que, dans de illeures conditions hygiéniques, avec plus de précautions, cet accident fût plus re, comme aussi qu'il devînt beaucoup plus fréquent dans de plus mauvaises nditions.

Presque tous les auteurs s'accordent à attribuer la production de l'anasarque à tion du froid, et, quoique nous n'ayons pas sur ce point les documents les plus cis, tout porte à croire qu'il en est ainsi. Or, si nous rapprochons ce fait de poque à laquelle se développe ordinairement l'anasarque, nous verrons combien précautions doivent être grandes et persévérantes. Ceux qui se sont occupés de te question, Vieusseux, Wells, Hamilton, ont constaté que l'anasarque ne se ntre guère que 15 ou 20 jours après l'éruption, et quelquefois on l'a vue surver plus tard Suivant la remarque de Guersant et de M. Blache, ce n'est qu'après xième semaine qu'on ne doit plus craindre l'anasarque, suite de la scarlatine, qui prouve que ces auteurs ont vu cette anasarque se produire à une époque s éloignée.

L'anasarque se montre-t-elle indifféremment lorsque l'éruption a été faible ou nsidérable, limitée ou générale? C'est là l'opinion généralement admise; mais us manquons sur ce point de recherches très exactes.

Il n'est pas rare, dans le cours de l'anasarque scarlatineuse, de trouver les *urines bumineuses* ; mais ce n'est pas un caractère constant, puisque, d'après les reerches récentes, il manque dans un tiers des cas environ. Faut-il voir, dans les s où l'albumine se montre dans les urines, des cas de maladie de Bright? J'ai ité ailleurs cette question (3) ; je dirai seulement ici que quelquefois, ainsi que constaté M. Rayer, la maladie de Bright se manifeste à la suite de la scarlatine ; is rien ne prouve qu'elle existe dans tous les cas d'anasarque scarlatineuse.

Cependant M. le docteur W. Gosse (4) a regardé l'anasarque qui survient après scarlatine comme liée à l'albuminurie. Il a noté les symptômes suivants : Aussi-

(1) *Dublin quart. Journ. of med.*, mai 1847.
(2) Voy. *Anasarque.*
(3) Voy. t. III de cet ouvrage, *Maladie de Bright.*
(4) *Lond. med. Gaz.*, 1848.

tôt, sinon avant que le moindre œdème se manifeste, on observe, en général, une *sensibilité*, et même *une douleur dans la région des reins*, une *diminution* plus ou moins marquée *de la sécrétion de ces organes*, et, le plus souvent, des *traces de sang dans l'urine.* Les symptômes ultérieurs, *coma*, *convulsions*, *inflammation des séreuses*, *épanchement dans leur cavité*, s'expliquent facilement, suivant M. Gosse, par la condition morbide du sang. Dans les cas de cette nature, le docteur Rees a constaté la *présence de l'urée dans le sang.* Reste toujours à savoir si ces phénomènes sont constants.

Quant aux symptômes de l'anasarque, il est inutile de les rappeler; je dirai seulement que l'œdème se produit presque toujours avec une assez grande rapidité, et que quelquefois l'anasarque est très aiguë et devient rapidement mortelle. M. Barrier a observé, dans un cas d'anasarque, un *œdème de la glotte* qu'il a regardé comme un œdème non inflammatoire. J'ai démontré ailleurs (1) que les raisons données par cet auteur n'étaient pas à l'abri de toute objection.

Il peut se développer, dans le cours de l'éruption scarlatineuse, d'*autres éruptions* du même genre. M. le docteur Marson (2) a vu, dans le cours de onze années, la scarlatine se montrer sept fois concurremment avec la variole. La scarlatine survenant dans le cours de la variole présentait ses symptômes propres d'invasion, comme dans les cas ordinaires, et l'éruption avait l'aspect qu'elle a ordinairement. Chez un des malades, il y eut une anasarque à la suite de la scarlatine. Ces faits sont contraires à l'opinion de Hunter, qui, du reste, avait déjà été combattue par des faits non moins évidents, ainsi qu'on peut le voir dans un relevé fait par le rédacteur des *Archives de médecine* (3), à la suite des observations de M. Marson.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche de la scarlatine régulière. Les variations dans la marche de la maladie sont plus considérables dans la scarlatine que dans la rougeole; cependant on peut dire d'une manière générale que les symptômes de la période d'invasion vont toujours croissant jusqu'à la seconde période; que parfois, néanmoins, ils diminuent la veille ou le jour de l'apparition des premières taches, pour reprendre ensuite leur première violence; qu'ils continuent avec cette intensité pendant les premiers jours de l'éruption, et qu'ils diminuent lorsque l'éruption commence à pâlir. Telle est la *marche* de l'affection, considérée d'une manière générale; quant aux particularités, c'est dans les détails présentés plus haut qu'il faut les chercher.

La *durée* totale de la maladie a des limites beaucoup moins étroites que celles de la rougeole; elle varie, en effet, entre 10 et 40 jours. Néanmoins il faut reconnaître qu'une durée de 40 et même de 30 jours ne s'observe pas fréquemment. La longue durée de la maladie est principalement due, comme on va le voir, à la durée de la période de desquamation.

La durée des *trois périodes* dont se compose la marche de la scarlatine est également assez variable. Ainsi, la *durée de l'invasion* est de 12 heures à 4 jours et

(1) *Mémoire sur l'Œdème de la glotte* (*Mém. de l'Acad. de médecine*). Paris, 1845, t. XI.
(2) *Lond. med.-chir. trans.*, 2ᵉ série, t. XIX, 1847.
(3) *Arch. gén. de méd.*, janvier 1848.



plus ; mais le plus souvent elle varie entre 36 et 48, ou 60 heures. La *durée* de la période d'éruption est en général plus longue ; elle varie de 4 à 6 jours dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois cependant on l'a vue beaucoup plus courte : 12 ou 24 heures, et quelquefois aussi beaucoup plus longue : 10, 15 jours, ou même, suivant quelques auteurs, 20, 30 et 40 ; mais ces derniers chiffres sont exceptionnels, et il n'est pas certain que, dans quelques cas, il n'y ait pas eu erreur de diagnostic.

La *période de desquamation* est la plus variable de toutes sous le rapport de la durée. C'est ainsi que parfois on la voit terminée en 4 ou 5 jours, et que parfois aussi elle dure 20 jours et plus. Dans le plus grand nombre des cas, néanmoins, elle ne dépasse pas 10 ou 12 jours.

La scarlatine à l'état sporadique et régulière *se termine* rarement par la mort ; il n'en est pas de même dans les épidémies, qui sont bien loin, néanmoins, d'être également meurtrières. Tantôt, en effet, on a observé une mortalité de 1 sur 20, et tantôt de 1 sur 8 et même de 1 sur 4. La scarlatine irrégulière, et surtout la scarlatine compliquée et maligne, sont fréquemment mortelles.

Comme la rougeole, la scarlatine peut se reproduire plusieurs fois chez le même sujet ; mais c'est là une exception. Lorsqu'elle *récidive*, ce n'est ordinairement qu'une fois : cependant quelques auteurs (Jahn, Henrici) affirment l'avoir vue jusqu'à 7 et même 17 fois chez un même sujet.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions dues à la scarlatine ne doivent pas nous arrêter plus longtemps que celles de la rougeole : une putréfaction plus rapide des cadavres, des taches livides, violacées, dans les points occupés par l'éruption ; l'injection du tissu réticulaire de la peau, la congestion des organes internes, des altérations analogues sur la muqueuse buccale et pharyngienne ; dans les cas de scarlatine hémorrhagique, de petits épanchements sanguins à la surface des muqueuses et même dans le parenchyme des organes ; un gonflement des plaques de Peyer et de Brunner, que quelques médecins ont regardé à tort comme une altération semblable à celle qui caractérise anatomiquement la fièvre typhoïde ; les lésions qui sont dues aux diverses complications ; l'anasarque : telles sont les lésions qu'on a notées dans cette maladie. On y chercherait vainement, comme on le voit, quelque chose qui pût nous éclairer sur la nature de l'affection.

L'*état du sang* a été l'objet de quelques recherches qui méritent d'être mentionnées. Voici comment s'expriment sur ce point M. Blache et Guersant : « Le sang, disent-ils, est loin d'avoir, dans la scarlatine, des caractères physiques constants. Il est épais ou séreux, noirâtre ou clair ; il est fluide ou pris en caillots de coloration et de densité variables : il diffère donc, par ces apparences extérieures, du sang dans la rougeole ; et cependant M. Andral a trouvé dans les deux exanthèmes les mêmes caractères chimiques et microscopiques du liquide sanguin, c'est-à-dire conservation de la moyenne normale de la fibrine (3 parties sur 1,000) et augmentation de la proportion ordinaire des globules (127 sur 1,000). Chez quatre malades, en effet, il a constaté que le chiffre de la fibrine était de 3, 3 1/2 et 4 ; et, chez deux autres, celui des globules de 136 et 146 (1). »

(1) *Cours de la Faculté*, 1841.

Il est probable que ces différences trouvées dans l'état du sang tiennent à la présence ou à l'absence de complications inflammatoires. De nouvelles recherches sont nécessaires pour fixer notre opinion sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la scarlatine régulière n'offre de difficultés que dans la première période. Si l'invasion dure plusieurs jours, il est presque impossible de savoir à quelle affection on va avoir affaire le premier et même le second jour; dans le cas contraire, la rougeur de la bouche et l'angine survenant promptement, on est mis sur la voie du diagnostic.

Diagnostic de l'invasion. Voici sur le diagnostic de cette période quelques remarques générales. Si la maladie commence par une fièvre très intense, dont on ne trouve la raison dans la lésion d'aucun organe, on a lieu d'attendre l'apparition d'un exanthème; s'il survient une angine assez vive, on a des raisons de croire à l'apparition prochaine de la scarlatine; et lorsque la couleur rouge framboisée se montre sur le voile du palais et sur le pharynx, ces présomptions deviennent une certitude. Ces signes diagnostiques ont bien plus de valeur chez un enfant que chez un adulte.

Dans quelques cas de scarlatine irrégulière, l'éruption, avons-nous dit, peut être difficile à déterminer : le coryza existe aussi bien que l'angine, et l'on peut se demander s'il s'agit d'une scarlatine ou d'une *rougeole*. Voici, en pareil cas, les considérations qui doivent guider le médecin dans le diagnostic.

Dans la scarlatine, la période d'invasion est plus courte; l'angine est plus violente, tandis que le coryza est moins intense, du moins au début; les symptômes cérébraux sont plus violents et plus fréquents; la rougeur de la peau est uniforme ou régulièrement pointillée, tandis que dans la rougeole il existe des taches irrégulières. Dans la scarlatine, on observe un gonflement des pieds et des mains qui n'existe pas dans la rougeole. La première ne présente pas les crachats nummulaires qu'on observe dans la seconde.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces signes diagnostiques ne sont pas infaillibles. C'est ce qui ressort de la description précédente. Cependant, quand on en trouve un certain nombre réunis, on doit leur accorder une grande valeur.

Le diagnostic présente également des difficultés dans les cas où il existe une angine sans éruption; mais d'abord on peut mettre de côté l'angine simple, car, dans les cas dont il s'agit, on a affaire à une angine pultacée. C'est donc entre l'angine pultacée scarlatineuse et l'*angine diphthéritique ou couenneuse* que doit être porté le diagnostic. Or ce diagnostic, je l'ai présenté à l'article *Pharyngite pultacée* (1); je me bornerai donc à le reproduire dans le tableau synoptique du diagnostic, en y ajoutant quelques signes différentiels.

Je ne pousserai pas plus loin ce diagnostic, parce que les autres difficultés qu'on peut rencontrer ne se montrent que dans des cas particuliers, et qu'il est impossible de les comprendre dans un exposé général.

(1) Voy. Article *Pharyngite*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la scarlatine et de la rougeole irrégulières.*

SCARLATINE.	ROUGEOLE.
Période d'invasion *plus courte*.	Période d'invasion *plus longue*.
Angine prédominante.	*Coryza et bronchite* prédominants.
Rougeur de la peau *uniforme ou régulièrement pointillée*.	Rougeur de la peau par *taches irrégulières*.
Symptômes cérébraux *plus fréquents et plus violents*.	Symptômes cérébraux *moins fréquents* et généralement *moins violents*.
Gonflement des pieds et des mains.	*Pas de gonflement* des pieds et des mains.
Pas de crachats nummulaires.	*Crachats nummulaires*.

1° *Signes distinctifs de l'angine pultacée scarlatineuse, dans les cas où l'éruption manque, et de l'angine couenneuse.*

ANGINE PULTACÉE SCARLATINEUSE.	ANGINE COUENNEUSE.
Se montre *dans le cours d'une épidémie de scarlatine*.	Se montre *en dehors des épidémies de scarlatine*.
Invasion *violente*.	Invasion *insidieuse*.
Amygdales plutôt *enduites par l'exsudation* que couvertes de pseudo-membranes.	Amygdales *couvertes de pseudo-membranes* évidentes.
L'exsudation se produit sur des parties d'un *rouge écarlate*.	La pseudo-membrane diphthéritique se produit sur des parties qui présentent une *rougeur inflammatoire*.
Exsudation *blanche, opaque, caséiforme, se laissant facilement sillonner par un corps un peu dur*.	Pseudo-membrane *grisâtre, tenace, ne recevant pas facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent*.
Exsudation *envahissant simultanément toute l'étendue de l'arrière-bouche, et souvent celle des narines*.	Pseudo-membrane *commençant par des îlots sur les amygdales, et de là se portant vers le larynx*.
Médiocre tendance à se porter vers les voies respiratoires.	*Tendance extrême* à envahir les voies respiratoires.

Pronostic. Lorsque la scarlatine survient chez un sujet sain, que l'intensité des symptômes d'invasion n'est pas extrême, et qu'il n'y a pas d'irrégularité dans sa marche, le pronostic est favorable. Cependant il ne faut pas oublier la réserve dans laquelle on doit toujours rester, et que j'ai recommandée en parlant de la rougeole.

Les complications font, en général, toute la gravité de la maladie; les plus fâcheuses sont l'angine et le coryza pultacés, la gangrène de la bouche, et l'inflammation du cerveau et des méninges.

Je n'ai pas besoin de signaler la gravité de la *scarlatine maligne*, car il ressort de ce que je viens de dire que l'extrême intensité des symptômes fébriles rend le pronostic fâcheux, et c'est cette intensité extrême qui constitue la scarlatine maligne.

La scarlatine hémorrhagique est presque constamment mortelle.

L'anasarque consécutive est un accident fâcheux qui peut causer la mort.

Un état de santé altérée par une autre maladie ajoute beaucoup à la gravité du pronostic, quelle que soit la forme de l'affection; mais, sous ce rapport, la scarlatine ne diffère pas des autres maladies.

On a vu quelquefois la scarlatine, comme la rougeole, modifier avantageusement des maladies cutanées chroniques préexistantes.

§ VII. — Traitement.

Il y a une telle ressemblance dans la manière d'être de la scarlatine et de la rougeole, que presque tout ce qu'on dit du traitement de l'une peut s'appliquer au traitement de l'autre. Je n'aurai par conséquent qu'un très petit nombre de particularités à mentionner ici.

Dans la *scarlatine simple et bénigne*, il faut employer les mêmes soins hygiéniques que dans la rougeole. Seulement il faut, après la disparition de la maladie, tenir avec beaucoup plus de soin et plus longtemps les malades à l'abri du contact de l'air froid, à cause de l'imminence de l'anasarque. Suivant Vieusseux, on ne doit permettre aux malades, dans les saisons chaudes, de s'exposer à l'air extérieur, que six semaines après la disparition de l'exanthème ; et, dans les saisons froides, on doit leur interdire pendant tout ce temps de passer d'une chambre dans une autre, et de s'exposer au moindre changement de température.

Quant aux sudorifiques, aux excitants généraux, aux couvertures chaudes et multipliées, aux excitants locaux, aux bains de vapeur, etc., il faut se rappeler ce que j'ai dit à leur égard dans le traitement de la rougeole.

Les *purgatifs* et les *vomitifs* sont recommandés par beaucoup d'auteurs ; on les prescrit principalement dans les cas où il y a une angine intense. Le *calomel*, à la dose de 10 à 15 centigrammes, une, deux ou trois fois par jour, est fréquemment administré par les médecins anglais.

Dans les cas de *scarlatine maligne*, *putride*, *ataxique*, etc., il faut se conduire comme je l'ai dit en parlant des cas analogues que présente la rougeole. J'en dis autant relativement à la *scarlatine hémorrhagique* (1).

Les *accidents cérébraux* qui ne sont pas dus à une encéphalite ou à une méningite ne demandent guère de moyens particuliers. Dans le cas où il existe une inflammation cérébrale, on doit combattre cette complication par les moyens ordinaires.

Dans tous les cas que je viens de mentionner, lorsque la *saignée* ou les *émissions sanguines locales* sont indiquées par une complication inflammatoire, on ne doit pas hésiter à y avoir recours ; mais, comme dans la rougeole, il faut en user avec modération.

Un des moyens qui paraissent le plus efficaces, et qui sont le moins employés en France, consiste dans les *affusions froides*, administrées d'abord avec persévérance par Currie (2), après lui par beaucoup d'autres médecins anglais et allemands, et aujourd'hui par les hydrothérapistes.

Suivant presque tous les auteurs, il faut réserver les affusions pour les cas où la fièvre est intense, où il y a des symptômes ataxiques, en un mot les cas les plus graves.

Les *affusions froides* sont pratiquées en plaçant le malade dans une baignoire, et en lui jetant sur le corps cinq ou six seaux d'eau froide coup sur coup. Les *lotions* sont faites sur tout le corps avec une éponge ou une serviette mouillée. Après les affusions et les lotions, il faut essuyer avec grand soin les malades,

(1) Voy. art. *Rougeole*.
(2) *Medic. Reposit.*, etc. Liverp., 1814.

mais il ne faut pas les couvrir plus qu'auparavant, ni les entourer de linges chauffés.

Les affusions et les lotions doivent être pratiquées toutes les deux, trois ou quatre heures. C'est au médecin à juger si elles doivent être rapprochées ou éloignées, ce qui dépend de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle la chaleur morbide se reproduit.

Quant au *traitement hydrothérapique*, je n'ai pas à le décrire ici, il est trop généralement connu. On sait qu'avant de soumettre les malades à l'action de l'eau froide, on provoque chez eux la transpiration.

Il y a bien loin de ces traitements à celui qu'on a si longtemps préconisé, et qui consistait à *pousser à la peau* en donnant les excitants, les sudorifiques, et en surchargeant les malades de couvertures; mais l'expérience est tout à fait favorable à la méthode réfrigérante. Depuis Currie, qui a employé avec le plus grand succès cette méthode chez un grand nombre de sujets, les auteurs anglais et allemands ont accumulé les faits en sa faveur, et les médecins honorables qui ont observé dans les établissements hydrothérapiques ont vu l'eau froide, appliquée dans des conditions en apparence si défavorables, produire un soulagement notable, sans jamais causer aucun accident. Récemment encore, M. Schedel (1) a pu observer un assez grand nombre de cas dans lesquels les avantages du traitement hydrothérapique lui ont paru évidents.

Si maintenant nous voulons porter un jugement définitif sur la médication par l'eau froide, nous nous trouvons embarrassé, comme dans presque toutes les questions thérapeutiques, par le défaut de détails suffisants. Il faudrait, en effet, une analyse très rigoureuse d'un grand nombre de faits pour nous faire connaître le degré d'efficacité réel de cette médication, et c'est ce que nous n'avons pas, parce que la nécessité des recherches de cette nature n'est pas encore parfaitement reconnue. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que : 1° les affusions, les lotions d'eau froide, n'ont pas le danger que des idées théoriques leur avaient attribué; 2° que leur effet immédiat est de calmer les malades, et de leur donner une sensation de fraîcheur agréable; 3° que, quant au résultat définitif, c'est-à-dire à l'issue et à la durée de la maladie, il faut de nouvelles recherches, dans lesquelles on tienne compte de la gravité des symptômes, de l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de l'âge des malades, de l'état sporadique ou épidémique de l'affection, etc., etc., en un mot une statistique bien complète pour fixer notre opinion sur ce point.

Les partisans outrés de la médication par l'eau froide l'emploient dans tous les cas de scarlatine : c'est un excès. Je pense qu'il convient de réserver cette médication pour les cas où la chaleur est très élevée, la fièvre violente et l'agitation considérable.

Traitement prophylactique. Plusieurs substances ont été signalées comme pouvant préserver de la scarlatine.

Je citerai d'abord la *belladone*, recommandée principalement par les médecins allemands; on l'administre ainsi qu'il suit :

(1) *Examen clin. de l'hydr.* Paris, 1845.

℞ Extrait de belladone... 0,05 gram. | Eau de cannelle. .... 15 gram.

Doses : aux enfants d'un an, deux ou trois gouttes matin et soir ; aux enfants de deux ans, trois ou quatre gouttes ; et ainsi de suite, en augmentant d'une goutte par chaque année.

Je ne ferai que signaler l'*eau de goudron*, le *calomel*, les *fumigations acides*, le *soufre doré d'antimoine*, parce que nous n'avons pas de preuves suffisantes de leur efficacité.

M. le docteur Webster (1) emploie, principalement comme traitement prophylactique, des lotions sur tout le corps avec un mélange d'*acide acétique*, ou simplement de *vinaigre* ordinaire, et d'*eau tiède*. Il annonce que de nombreux faits lui ont appris que par ce moyen bien simple on empêche la propagation de la maladie aux autres personnes habitant la même maison. C'est une médication qu'on peut facilement essayer.

L'*inoculation* proposée par Lehmann et M. Miquel (d'Amboise) peut être employée dans une épidémie, mais on n'est pas encore fixé sur sa valeur.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut s'en tenir à l'*isolement*. C'est surtout au moment où l'éruption et l'angine sont dans toute leur vigueur que la transmission paraît à craindre, mais il faut bien se garder de croire qu'elle n'est pas possible à toutes les époques de la desquamation.

Pour prévenir les accidents consécutifs à la scarlatine, M. le docteur Schneemann (2) conseille les *onctions faites avec un morceau de lard chauffé*, *sur tout le corps* à la période de desquamation. Ces onctions doivent être faites sans découvrir le malade pour éviter le refroidissement. Le docteur Ebert (3) préconise ce traitement à toutes les époques de la maladie. Selon lui, sous l'influence de ces frictions, la période d'éruption est plus rapide, les complications moins à craindre, il n'y a pas de desquamation, le malade peut quitter la chambre du dixième au onzième jour. M. Ebert n'a jamais vu d'anasarque consécutive ; il a pu, en outre, faire communiquer les malades avec des personnes saines, et n'a pas observé la transmission de l'affection. Enfin sur 22 malades, dont 11 offraient des complications fâcheuses, 13 ont été traités par les frictions, un seul a succombé après la première friction, les autres les ont subies régulièrement deux fois par jour pendant dix jours. Parmi les neuf qui furent soumis à autre traitement trois succombèrent. En admettant que l'observation ultérieure vienne confirmer les résultats obtenus par MM. Schneemann et Ebert, il est permis de croire que les onctions faites avec toute autre matière grasse auraient les mêmes effets.

Pour combattre l'*anasarque scarlatineuse* qu'il attribue, comme nous l'avons vu, à l'albuminurie, M. le docteur W. Gösse (4) conseille les *émissions sanguines*, les purgatifs *hydragogues*, les *bains chauds* chaque soir, et de petites doses de *tartre stibié* fréquemment répétées. Selon lui, les diurétiques sont contre-indiqués, parce qu'ils favorisent l'expulsion de l'albumine.

D'après M. Maclagan (5) l'*extrait acétique de colchique* aurait la propriété

(1) *Monthly Journ.*, et *Rev. méd.-chir.*, septembre 1850.
(2) Voy. art. *Pharyngite pultacée*.
(3) *Annal. Berlin*, 1851, et *Bull. gén. de thér.*, 31 août 1851.
(4) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1848.
(5) *Monthly Journ. of med.*, décembre et janvier 1852, et *Bull. gén. de thér.*, 15 février 1852.

d'augmenter la quantité d'urée et d'acide urique et de diminuer celle de l'albumine. Dans trois cas d'anasarque, suite de scarlatine, ce médecin dit avoir administré ce médicament avec le plus grand succès. On peut le prescrire à la dose de 0,05, à 0,15 grammes 2 ou 3 fois par jour.

Il me resterait à indiquer le *traitement de l'angine pultacée*, mais je l'ai déjà donné avec les plus grands détails dans un autre article de cet ouvrage (1).

CHAPITRE II.

AFFECTIONS VÉSICULEUSES ET PUSTULEUSES.

Dans ces affections, comme dans celles qui sont décrites dans le précédent chapitre, ce sont les symptômes fébriles qui sont les principaux; toutefois les éruptions ont, en général, un peu plus d'importance, comme on le verra par les détails de leur histoire.

ARTICLE Ier.

MILIAIRE (*fièvre, suette miliaire*).

Avant d'entrer dans la description de cette maladie, qui s'est montrée fréquemment sous forme d'épidémies graves, il importe de déterminer si elle mérite réellement une place dans le cadre nosologique, ou si, comme le professe un habile médecin de notre époque (2) la miliaire n'est qu'un épiphénomène survenu dans le cours de plusieurs maladies fébriles.

Je n'aurai pas recours, pour traiter cette question, aux auteurs des siècles derniers, bien qu'on pût leur emprunter des éléments utiles; je mentionnerai seulement les recherches faites dans ces vingt dernières années avec le soin qu'on apporte aujourd'hui à l'observation. En 1821, il y eut, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, une épidémie de suette miliaire; elle fut observée par M. Rayer, qui nous en a donné une bonne description (3). En 1832, MM. Menière, Pinel-Grandchamp et Hourmann observèrent une épidémie semblable dans les mêmes localités, et M. Menière la décrivit (4). En 1839, époque à laquelle paraissait l'article de M. Chomel, on publiait une relation d'une épidémie qui se manifesta dans l'arrondissement de Coulommiers, et qui fut étudiée par MM. Barthez, N. Guéneau de Mussy et Landouzy (5). La même année, le docteur A. Robert (6) donnait une description de la fièvre miliaire qu'il observait depuis sept ans à Chaumont et aux environs; enfin M. Parrot, ayant été témoin d'une épidémie

(1) *Loc. cit.*
(2) Chomel, *Dict. de méd.*, t. XX, art. MILIAIRE.
(3) *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en* 1821 *dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise.* Paris, 1822, in-8.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX, p. 98.
(5) *Gaz. méd. de Paris*, 1839.
(6) *De la fièvre miliaire*, 1839.

semblable dans le département de la Dordogne en 1841, en envoya la relation à l'Académie de médecine (1).

Pendant que la dernière épidémie de choléra sévissait en France, on a observé, dans un grand nombre de localités, une autre épidémie de suette sur laquelle nous avons eu plusieurs relations importantes, parmi lesquelles je citerai celles de MM. Foucart (2), Bourgeois (3) et Taufflieb (4). Ces dernières relations ont modifié notre manière de voir sur plusieurs points, et en particulier sur la gravité de la maladie.

Il est facile, avec de semblables documents, de s'assurer s'il existe en effet une affection bien distincte de toutes les autres, à laquelle on puisse donner le nom de *fièvre miliaire*. Or un examen attentif de ces relations m'a démontré qu'il en est réellement ainsi. Je ne chercherai pas à le prouver ici, car la démonstration ne pourrait se faire que par une description de la maladie elle-même, et ce sont des détails que je dois présenter plus loin. Je signale seulement le fait, et je me contente de dire que je me fonde principalement sur la ressemblance des symptômes et de la marche de la maladie dans les diverses épidémies observées.

Toutefois il faudrait bien se garder de considérer comme une fièvre miliaire proprement dite toute affection dans laquelle se produit l'éruption miliaire : les faits signalés par M. Chomel ne sauraient, en effet, être contestés, et il est certain que, dans un assez grand nombre de cas, l'éruption miliaire n'est qu'une complication, ou un épiphénomène, pour me servir de l'expression de l'auteur que je viens de citer. A Paris, nous n'observons guère que des cas de ce dernier genre, et c'est probablement ce qui a jeté du doute dans quelques esprits.

La miliaire purement symptomatique n'ayant qu'une très faible importance, j'en dirai à peine quelques mots, et je m'occuperai presque exclusivement de la fièvre miliaire proprement dite, celle à qui l'on a donné et qui mérite le nom de *suette*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La maladie, telle que je l'envisage ici, est une fièvre, une pyrexie, caractérisée principalement par de grandes sueurs et par une éruption papulo-vésiculeuse, qui, si l'on s'en rapporte à quelques cas, n'est pas constante, mais qui du moins manque bien rarement. Les boutons qui constituent l'éruption ont à peu près la forme et le volume d'un grain de millet, et c'est ce qui a fait donner à cette maladie le nom de *miliaire*.

Les principales dénominations sous lesquelles elle a été désignée sont les suivantes : *miliaria*, *exanthema miliare*, *febris purpurata miliaris*, *purpura miliaris*, *purpura alba*, *hydroa*, *febris vesicularis*, *pourpre blanc*, *millot*, *millet*, *suette des Picards*, etc.

Les épidémies de suette miliaire ne sont pas rares, on en a la preuve dans ce que j'ai dit plus haut ; elles sont toutefois moins fréquentes et surtout moins meur-

(1) *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 386).

(2) *Mémoire présenté à l'Acad. de méd.*, 17 septembre 1849. — *Bull. de l'Acad.*, t. XIV, p. 922, 1116. *Rapport sur la suette miliaire*, par M. le docteur J. Guérin (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. XVII, p. 1 et suiv.)

(3) *D'une épidémie de suette*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XXI, p. 303).

(4) *Bull. gén. de thérap.*, mai 1849.

trières que dans les deux siècles derniers. Si l'on excepte la miliaire symptomatique, on peut dire que cette affection est assez rare à l'état sporadique; cependant on en observe des exemples plus ou moins nombreux chaque année dans les localités où ont sévi les épidémies.

§ II. — Causes.

Rien n'est plus obscur que l'étiologie de la suette miliaire. Voici les seuls documents un peu précis que nous possédions sur ce point : c'est de 20 à 40 ans qu'on y est le plus exposé (Rayer) ; les femmes y sont plus sujettes que les hommes dans la proportion de 5 à 4 environ (Rayer, Parrot, Guéneau, Barthez, Landouzy). Suivant M. Parrot, la *grossesse* et l'*état puerpéral* y prédisposent particulièrement. Du reste, on n'a noté aucune influence appréciable de la part des conditions hygiéniques.

Nous ne devons pas nous préoccuper des *causes occasionnelles* admises par les médecins qui regardent la miliaire comme un épiphénomène. Si, en effet, il y a quelque intérêt à rechercher si les vêtements de laine, la trop grande chaleur, un traitement trop échauffant produisent la miliaire, ce n'est que relativement à l'éruption survenue dans le cours d'une autre maladie fébrile.

Quant aux causes déterminantes de la fièvre proprement dite, nous devons convenir que nous ne les connaissons nullement. Quelques médecins ont admis la *contagion*, mais sans aucune preuve. Ainsi que le fait remarquer M. Foucart (1), rien n'a démontré jusqu'à présent, d'une manière positive, qu'elle soit transmissible par voie de contagion ou d'infection. J'ai déjà dit qu'elle est ordinairement *épidémique* et *endémique*.

M. le docteur Boinet (2) a vu la suette exister en même temps que le choléra chez les mêmes individus ; c'était le choléra qui survenait dans le cours de la suette. Ces faits sont contraires à l'opinion de M. Lachaise (3), qui pense que quand il survient une épidémie d'une de ces maladies, elle suspend l'autre, et réciproquement.

§ III. — Symptômes.

On a divisé, pour décrire les symptômes, la suette miliaire en *continue* et en *rémittente ;* mais dans les épidémies on a le plus ordinairement observé cette affection sous la forme continue. M. Parrot seul, qui observait dans la Dordogne, a trouvé presque constamment la fièvre rémittente. La fièvre miliaire continue est par conséquent celle qu'il nous importe le plus d'étudier; quelques mots serviront à faire connaître la forme rémittente.

Symptômes précurseurs. C'est une question qui n'est pas encore complétement résolue que celle de savoir si les symptômes qui précèdent l'éruption sont rares ou fréquents. Suivant quelques auteurs, un des caractères de la suette miliaire consiste dans l'*invasion brusque* de la maladie, de telle sorte que, dans une épidémie, on voit beaucoup de sujets qui la veille étaient bien portants, et qui le lendemain présentent un des symptômes les plus caractéristiques, c'est-à-dire les sueurs abon-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, 1849, p. 79.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 août 1849, t. XIV, p. 1023.

dantes. D'autres, au contraire, ont vu presque toujours les symptômes caractéristiques précédés pendant un ou plusieurs jours, d'un état de malaise marqué, d'anorexie, de lassitude spontanée, d'une fatigue que le sommeil ne dissipe pas. M. Robert qui nous a donné une bonne description de la maladie d'après de nombreuses observations, a noté presque constamment ces symptômes précurseurs. D'autres ont observé la céphalalgie sus-orbitaire, des douleurs dans les articulations et à l'épigastre, des nausées, des vomissements, des coliques. La seule conclusion qui soit permise, c'est que, sous ce rapport, les choses se passent différemment dans les diverses épidémies, car, d'un autre côté, c'est d'après des observations exactes que MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy ont avancé que la maladie a souvent une invasion brusque.

Invasion. Que la maladie ait commencé ou non par les symptômes que je viens d'énoncer, l'*invasion* réelle de la suette est le plus souvent marquée par un *frisson* plus ou moins violent, suivi d'une sueur abondante et de brisement des membres. Dès ce moment la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. Les *sueurs* constituent un des symptômes les plus importants et les plus prompts à se montrer. Dans les cas où il n'y a pas de symptômes précurseurs, elles marquent presque toujours le début, et dans les autres elles suivent, comme je l'ai dit plus haut, le frisson de très près.

Les sueurs sont principalement remarquables par leur abondance et par leur continuité. M. Rayer a insisté avec raison sur ce caractère, et il a noté que la sueur existe dans tous les moments à un degré remarquable, quelle que soit la forme de la maladie. Cependant il faut reconnaître, avec MM. Barthez, Guéneau de Mussy, Parrot et Robert, que, dans la forme rémittente, il y a une différence notable dans l'abondance des sueurs pendant les paroxysmes et pendant les intervalles qui les séparent.

L'*abondance des sueurs* est telle, que les draps, les matelas : en un mot, le lit tout entier peut en être traversé; que, en tordant les draps, on voit parfois la sueur ruisseler, et que, en soulevant les couvertures, on la voit s'élever sous forme d'une vapeur dense qui, en se condensant, retombe comme une pluie. Il y a néanmoins des degrés très divers dans l'abondance des sueurs, mais on peut dire d'une manière générale qu'elles sont remarquables par leur quantité.

Suivant M. A. Robert, la sueur est aigre et répand une *odeur* de *vinaigre moisi*. Cependant MM. Barthez, Guéneau et Landouzy ayant appliqué du papier de tournesol sur la face des malades, n'ont trouvé ni acidité ni alcalinité prononcée. MM. Rayer et Moreau (1) ont comparé l'odeur de la sueur à celle de la *paille pourrie;* mais, suivant M. Menière, cette odeur ne se montre que lorsque les malades sont couchés sur des paillasses déjà vieilles et formant la pièce principale du lit. Quant à M. Parrot, il ne compare cette odeur à aucune autre, et se contente de dire qu'elle est tellement caractéristique, qu'il est impossible de ne pas la reconnaître quand on l'a une fois sentie.

La *chaleur* de la peau est élevée, et cette élévation de la température est en rapport direct avec l'intensité de la maladie. Cette membrane, étant comme macérée par la sueur, fait, suivant M. Parrot, éprouver, au toucher, une sensation particulière et indéfinissable, qui, d'après cet auteur, est pathognomonique.

(1) *Journ. hebd. de méd.*, t. VIII.

Ce n'est qu'au bout de trois, et bien plus souvent de quatre jours que se manifeste l'*éruption* qui a valu à la maladie le nom de *fièvre miliaire*. M. Robert l'a vue survenir du quatrième au sixième jour, et il n'est pas très rare de ne la voir apparaître que le septième et même le huitième jour. Cette éruption est précédée d'un sentiment de *picotement* et de *fourmillement général* auquel elle ne tarde pas à succéder. L'éruption n'est pas un phénomène constant, mais les cas dans lesquels on ne l'a pas observée sont assez rares pour qu'on accorde la plus grande valeur à ce symptôme, d'autant plus que, comme le font très bien remarquer MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, on a dû, par suite de la tendance qu'on a à rapporter pendant une épidémie la plupart des affections à la maladie régnante, voir parfois une suette miliaire là où elle n'existait pas.

MM. Barthez, Guéneau et Landouzy ont décrit avec soin les trois variétés de l'éruption désignées sous les noms de *miliaire rouge*, *miliaire vésiculeuse* ou *bulleuse*, *miliaire blanche*. La *miliaire rouge* consiste dans de petites taches de 2 à 5 millimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes, donnant de la rudesse à la peau, disparaissant sous la pression, et reparaissant promptement. Les auteurs que je viens de citer ont vu, au moyen de la loupe, une petite vésicule au sommet de ces taches.

La *miliaire vésiculeuse* consiste dans des vésicules plus volumineuses, entourées à leur base d'une auréole rouge renfermant un liquide transparent qui, au bout de quelque temps, prend un aspect puriforme, ce qui a fait donner à cette variété le nom de *vésiculo-pustuleuse*. Lorsque la sérosité s'accumule en plus grande abondance sous l'épiderme, il en résulte des bulles ou des phlyctènes; c'est alors la *miliaire bulleuse ou phlycténoïde*.

Miliaire blanche. On a donné ce nom à des vésicules entièrement semblables aux sudamina qu'on trouve dans plusieurs maladies, et particulièrement dans la fièvre typhoïde.

Ces diverses espèces d'éruption se montrent souvent réunies sur le même sujet, ou du moins on les voit apparaître successivement. Celle qui se rencontre le plus rarement est la forme bulleuse ou phlycténoïde.

L'éruption peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires; les vésicules se renouvellent; les unes se dessèchent, et d'autres apparaissent, jusqu'à ce que les symptômes généraux se dissipent, ou qu'il survienne, au contraire, un état grave, et annonçant la mort, pendant lequel l'éruption pâlit et se flétrit.

Il arrive quelquefois, lorsque l'éruption a été uniquement constituée par des papules rouges, que la miliaire ne laisse après elle aucune *desquamation;* mais le plus souvent on observe une desquamation marquée, tantôt d'apparence furfuracée, et tantôt formée par des lambeaux épidermiques d'une assez grande étendue, comme dans la scarlatine. On a vu la langue, bien qu'on n'y ait pas pu découvrir de vésicules, se dépouiller de son épiderme par une desquamation semblable à celle du reste du corps, et rester d'un rouge vif comme lorsque le *muguet* s'est détaché.

Quant il n'y a eu qu'une miliaire rouge, on ne doit pas admettre trop promptement l'absence de la desquamation. MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy, l'ont en effet, observée dans quelques cas, huit ou dix jours après la disparition de tous les autres symptômes.

Le *siége* de prédilection de l'éruption est la partie antérieure de la poitrine l'abdomen et la région dorsale; viennent ensuite les membres supérieurs, puis les inférieurs, et enfin la face et le cuir chevelu. Il est rare qu'on la rencontre sur les pieds. MM. Rayer, Barthez, Guéneau et Landouzy, l'ont vue jusque sur le voile du palais, mais jamais sur la langue.

Parfois l'éruption se fait très rapidement sur la surface du corps; elle est ordinairement alors *confluente;* parfois elle se montre successivement et lentement sur les points précédemment mentionnés; elle peut être alors *discrète*, et parfois aussi elle reste *circonscrite* dans une partie limitée du corps, l'abdomen par exemple.

Le *prurit*, les *fourmillements* signalés plus haut se continuent pendant l'éruption; quelquefois il y a des picotements vifs; quelquefois aussi des douleurs assez violentes à la surface du corps. Ces symptômes sont, en général, en rapport direct avec l'abondance et la rapidité de l'éruption.

Pendant que ces phénomènes se produisent, on observe d'autres symptômes qui ont une grande importance. Il y a une *céphalalgie* plus ou moins violente, ordinairement frontale, durant pendant tout le cours de la maladie, augmentant au moment de l'éruption, et quelquefois acquérant alors une violence extrême. Dans plusieurs épidémies, cette céphalalgie a été constante; mais dans quelques unes, et notamment dans celle qu'ont observée MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, ce symptôme a manqué dans un certain nombre de cas et n'a eu qu'une durée limitée dans d'autres. M. Bourgeois (1) a observé maintes fois des *douleurs névralgiques de la tête.*

Il y a en outre de l'*agitation*, de l'inquiétude, de l'abattement, de l'insomnie; parfois même du *délire*, des spasmes, des convulsions, et ces symptômes ont une intensité très variable, suivant les cas. En général, la faiblesse est grande, et l'on observe des douleurs dans les articulations et un sentiment de brisement des membres. MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, ont observé chez plusieurs malades des *épistaxis* assez abondantes, et chez quelques uns on a eu de la peine à arrêter l'hémorrhagie.

Du côté des *voies digestives*, on note une soif rarement très vive, la perte de l'appétit, un état saburral des premières voies. Parfois quelques nausées et des vomissements, et surtout une *constriction douloureuse de l'épigastre* qui a frappé tous les observateurs. Comme les symptômes précédents, cette douleur épigastrique peut exister dès le début de la maladie; mais comme eux aussi, et plus encore, elle augmente notablement au moment de l'éruption et pendant sa durée. Chez certains sujets, cette douleur épigastrique est atroce; elle dure deux ou trois heures, puis se dissipe en plus ou moins grande partie, pour reparaître plus tard, et ainsi de suite. Chez quelques malades, c'est un sentiment d'angoisse très pénible, auquel succèdent parfois de véritables *lipothymies.* Le *sang* résultant des saignées n'est jamais couenneux, suivant l'observation de M. Parrot; il offre un caillot large et peu consistant, et une grande quantité de sérum.

Chez un petit nombre de sujets, M. Rayer a observé un flux dyssentérique; mais les cas de ce genre sont rares. Des *aphthes* et des *productions pseudo-membraneuses* se manifestent dans un assez grand nombre de cas.

(1) *Loc. cit.*

Bien qu'il n'y ait presque jamais, dans les *organes respiratoires*, de lésion appréciable par la percussion et l'auscultation, les malades présentent de l'oppression, une respiration fréquente et pénible, et parfois même des menaces de suffocation. On a attribué ces symptômes à une altération de l'influx nerveux. Dans quelques cas rares, on a trouvé les signes d'une bronchite peu intense.

Les *urines*, transparentes pendant le cours de la maladie, deviennent troubles et sédimenteuses à la fin de l'éruption, lorsque la maladie se termine heureusement. M. A. Robert a constamment observé ce symptôme.

On a remarqué qu'un très grand nombre de femmes, atteintes de la suette miliaire, avaient leurs menstrues pendant la maladie ; on en a conclu que cette affection provoque et avance l'*éruption menstruelle*. Il est difficile de se prononcer sur ce point ; cependant je ferai remarquer que cette particularité a été signalée dans plusieurs épidémies. M. Parrot a observé plusieurs *avortements* dans le cours de l'affection.

Le *pouls* est accéléré, et en général développé pendant l'éruption. Lorsque la maladie devient très grave, il est souvent faible, petit, serré, irrégulier. Dans les cas très intenses, les battements du cœur sont violents et tumultueux.

Tels sont les symptômes de la suette miliaire. Dans un certain nombre de cas, ils sont légers, quoique nombreux ; la maladie suit son cours sans perturbation, l'éruption se fait bien, et la terminaison favorable a lieu au bout de huit à quinze jours : c'est la *suette miliaire bénigne*. Dans d'autres cas, la maladie parcourt également bien ses périodes ; mais l'agitation, les douleurs, la constriction épigastrique, etc., en un mot les principaux symptômes offrent une grande intensité ; la maladie a une plus longue durée ; la convalescence est pénible, et parfois les malades succombent, ordinairement par suite d'une complication : c'est la *suette miliaire intense*. Dans quelques cas, enfin, le début est brusque, les symptômes nerveux sont extrêmement violents, la fièvre est des plus intenses, et la sueur d'une abondance excessive. Les malades sont alors rapidement emportés ; le plus souvent il n'y a pas d'éruption, et c'est dans ces cas surtout qu'on observe le *délire*, parfois furieux, les tremblements spasmodiques, les soubresauts des tendons, etc. ; phénomènes qui annoncent la terminaison fatale : c'est la suette miliaire *maligne* ou *foudroyante*.

§ IV — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans l'exposé des symptômes, j'ai suivi, autant que possible, l'ordre dans lequel ils se présentent, et il résulte de ce que j'ai dit que la maladie, lorsqu'elle est simple et continue, peut se diviser en quatre périodes distinctes : 1° *période prodromique* ; 2° *période sudorale* ; 3° *période éruptive* ; 4° *période de desquamation*. J'ai fait assez sentir qu'une ou plusieurs de ces périodes peuvent manquer sans que la maladie cesse d'être caractérisée ; cependant il est probable qu'on a beaucoup exagéré ce fait. MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, qui ont fixé leur attention sur ce point, n'ont pas vu un seul cas dans lequel l'éruption ait manqué ; mais on leur a dit qu'il en avait été ainsi. N'aurait-on pas bien des fois laissé passer inaperçue une éruption légère ? Les cas dans lesquels les sueurs ont manqué sont beaucoup plus rares encore ; et en outre, comme, d'une part, elles viennent avant l'éruption, et, de l'autre, qu'elles peuvent se supprimer lorsque

celle-ci paraît, il ne serait pas impossible que bien des fois on ait cru à tort à leur absence.

Jusqu'à présent j'ai parlé de la *forme continue* de la suette miliaire ; mais je dois d'abord ajouter que, même dans cette forme continue, on voit souvent des *paroxysmes* assez marqués, avec un *redoublement de sueur* pendant leur cours, et ensuite il importe de dire quelques mots de la forme rémittente.

Forme rémittente. Si je voulais me borner à fixer l'attention sur la rémittence, ce titre seul suffirait, car tout le monde sait quels sont les caractères d'une fièvre rémittente, et il n'y aurait qu'à en faire l'application à celle qui nous occupe ; mais la rémittence de la suette miliaire est souvent marquée par des signes très légers qui pourraient échapper à l'examen, s'ils n'étaient particulièrement indiqués.

M. A. Robert, qui a très bien étudié ce point de l'histoire de la suette, nous apprend que la fièvre miliaire rémittente est le plus souvent sporadique ; qu'elle a ordinairement une invasion brusque ; que quelquefois il y a un frisson périodique ou un refroidissement partiel, suivi de chaleur ou de sueur ; mais que souvent aussi l'accès est irrégulier, n'est caractérisé que par une augmentation du mouvement fébrile, ou simplement par du malaise, un peu d'abattement, une légère accélération du pouls, et même la pâleur de l'éruption. M. Robert a constaté, dans un certain nombre de cas, que les urines étaient claires au commencement du redoublement, et troubles à la fin. Il a trouvé aussi que dans la forme rémittente l'éruption n'est souvent que partielle.

La *durée* de la maladie varie beaucoup, suivant qu'elle est légère, intense ou maligne. Dans le premier cas, elle ne dépasse guère deux septénaires ; dans le second, le rétablissement étant ordinairement lent et difficile, il n'est pas rare de voir des cas durer trois semaines, un mois et plus ; dans le troisième, la mort survient dans le premier ou au commencement du second septénaire ; si les malades échappent, la durée de la maladie est généralement plus longue encore que dans le second cas.

La *terminaison* par la mort a été fréquente ; elle a varié dans les diverses épidémies. La mortalité a été, dans une, de 1 sur 19 ; dans une autre, de 1 sur 13 ; dans d'autres, plus grande encore. Les soubresauts des tendons, le désespoir, l'abattement, le coma, sont les symptômes qui se sont produits dans les derniers moments, et c'est aussi alors qu'on a vu le plus souvent survenir le flux dyssentérique signalé par M. Rayer.

C'est là ce qu'on avait observé avant la dernière épidémie ; mais il est résulté des diverses relations que les auteurs nous ont données de cette épidémie, que peut-être la grande mortalité observée dans plusieurs des précédentes était due à la manière vicieuse dont la maladie était traitée. On a vu, en effet, que si l'on avait le soin de ne pas trop couvrir les malades, contrairement à ce que l'on faisait autrefois pour aider une transpiration qui n'est déjà que trop abondante, et que si l'on n'employait qu'une médication très simple, la mortalité était très peu considérable ou nulle. Toutefois ne nous hâtons pas de prononcer ; car ce qu'on a attribué à la médication pourrait bien n'être dû qu'à la bénignité particulière de l'épidémie, et recevoir un démenti dans une épidémie nouvelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

M. Parrot a remarqué que les cadavres des sujets morts de la suette miliaire tombent très rapidement en putréfaction, ce qui avait déjà été signalé par Allioni (1) ; que de larges ecchymoses se produisent dans les parties les plus déclives, et que le sang est accumulé vers la tête, de manière à la gonfler.

Dans l'estomac et dans l'intestin, on n'a pas trouvé de lésions constantes. De la rougeur, quelques plaques violacées : telles sont les lésions bien légères qui sont le plus généralement observées dans ces organes.

M. Parrot n'a rencontré que dans quelques cas une légère tuméfaction des follicules de Peyer et de Brunner. M. Bourgeois (cité par MM. Barthez, Guéneau et Landouzy) a vu une fois une éruption vésiculeuse dans l'iléon et le gros intestin, et M. Robert a signalé comme une lésion fréquente un développement considérable des follicules de Brunner, sans entrer dans de plus grands détails.

Un état fréquent de congestion du foie et de la rate, les poumons gorgés de sang, surtout vers les parties déclives ; les veines, et même les artères remplies d'un sang noir et fluide : telles sont les autres lésions signalées.

Le premier fait à noter, c'est qu'aucune de ces lésions n'est constante, et le second qu'il n'en est également aucune qui puisse caractériser une des autres maladies fébriles que nous connaissons. Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, on trouve les traces d'une angine, d'un rhumatisme articulaire, etc. ; mais ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents dans les épidémies, doivent être regardés comme des cas compliqués qui n'infirment nullement la règle. Ceci me conduit à dire quelques mots des complications.

§ VI. — Complications.

Sous le nom de *fièvre miliaire compliquée*, les auteurs ont réuni deux ordres de faits fort différents. Dans le premier il s'agit, en effet, de maladies fébriles bien connues, comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la pneumonie, dans le cours desquelles survient une éruption miliaire plus ou moins abondante. Ce sont ces cas que quelques auteurs ont regardés comme exprimant la règle, ce qui les a engagés à nier l'existence d'une affection particulière bien déterminée à laquelle on puisse donner le nom de *fièvre* ou *suette miliaire*. Mais ce ne sont pas là les cas qu'on observe ordinairement dans les épidémies, et non seulement ils ne doivent pas être regardés comme des fièvres miliaires compliquées, mais encore on doit n'accorder à l'éruption miliaire qu'une faible importance, et ne la regarder elle-même que comme une complication généralement insignifiante.

Dans d'autres cas, au contraire, il survient dans le cours de la suette miliaire une *angine intense*, une *bronchite*, des *aphthes*, une *entérite*. Ce sont là véritablement les cas qu'on peut regarder comme compliqués. Toutefois il serait bon qu'on se livrât sur ce point à quelques recherches qui ne seraient pas sans intérêt. Ces angines simples ou couenneuses, ces bronchites, ces entérites, au lieu d'être des complications, ne seraient-elles pas plutôt des lésions secondaires plus ou moins fréquentes, appartenant à la fièvre miliaire elle-même? Quand nous en viendrons

(1) *Tractatus de miliariæ orig.*, etc., 1758.

à la description des autres fièvres, nous aurons à signaler de semblables lésions secondaires dont le développement est généralement en rapport direct avec l'intensité et la durée du mouvement fébrile, et qui ne peuvent pas être considérées comme de simples complications.

Il serait complétement inutile de mentionner les lésions qui appartiennent à ces complications : tout le monde les connaît.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Après ce que je viens de dire des lésions anatomiques, dois-je entrer dans les détails du diagnostic, comme l'ont fait quelques auteurs, et en particulier Naumann (1), qui cherche à distinguer la fièvre miliaire du rhumatisme, de la rougeole, de la scarlatine? Évidemment non. Pendant la vie, les sueurs abondantes, la forme de l'éruption, la marche de la maladie, servent à la distinguer de toutes celles que je viens d'énumérer; et, après la mort, l'absence de lésions dans les follicules de Peyer vient se joindre aux signes symptomatiques pour éloigner toute idée de fièvre typhoïde. Rien n'est mieux établi, par conséquent, que l'existence de la fièvre ou suette miliaire comme maladie bien déterminée et méritant une place particulière dans le cadre nosologique.

Pronostic. Le pronostic de la suette miliaire ne doit être porté qu'avec beaucoup de réserve. Il arrive, en effet, quelquefois que l'affection, commençant sous les apparences les plus bénignes, s'aggrave tout à coup et devient en peu de jours, parfois en peu d'heures, mortelle. La grande intensité de la fièvre au début, l'excessive abondance des sueurs, la très grande anxiété, la terreur des malades, sont des signes qui doivent faire redouter une terminaison funeste. Du reste, l'affection a un degré de gravité très variable, suivant les épidémies, bien que ce degré soit toujours assez élevé. Dans le siècle dernier, on a vu une épidémie d'une violence extrême, surtout en Angleterre.

Quelle est la part du traitement dans la mortalité? C'est ce que j'ai tâché de déterminer plus haut, en parlant de la terminaison. J'ajoute que M. Bourgeois n'a jamais vu la maladie causer la mort, ce qui prouve la grande influence d'un traitement simple comme celui qu'il a employé.

§ VIII. — Traitement.

Au milieu d'épidémies ordinairement meurtrières, les médecins ne se sont pas souvent trouvés dans des conditions très favorables pour bien étudier l'influence du traitement; du moins n'avons-nous sur ce point qu'un petit nombre de données vraiment utiles : c'est ce qui expliquera le peu d'étendue de ce paragraphe.

Émissions sanguines. Les opinions sont très partagées sur l'utilité des émissions sanguines et sur le degré de cette utilité. M. Rayer a constaté que la *saignée générale*, pratiquée avec modération, était utile pour calmer le mouvement fébrile; que les *sangsues* aux pieds apaisaient la céphalalgie, et qu'en les appliquant à l'épigastre on calmait la constriction épigastrique. Ce dernier résultat a été pleinement confirmé par les observations de MM. Barthez, Guéneau et Landouzy (2).

(1) M. E. A. Naumann, *Handbuch. der medicinischen Klin.* Berlin, 1832.
(2) *Loc. cit.* p. 675.



M. Robert affirme que jamais la saignée générale n'a été utile; qu'elle est, au contraire, presque toujours nuisible, et que l'application d'un petit nombre de sangsues à l'anus, ou de quelques *ventouses scarifiées* à la nuque, a eu seule quelques avantages. Il se peut que, dans les localités où il a observé, il en ait été ainsi; mais les faits qu'il a recueillis ne peuvent infirmer ceux qui ont été vus par les médecins que je viens de citer.

Un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est que les saignées trop abondantes et trop multipliées ont des effets funestes; qu'elles produisent des troubles nerveux très intenses, et jettent les malades dans une prostration des plus fâcheuses. Gastelier seul vantait les bons effets des émissions sanguines un peu abondantes : mais il reconnaissait qu'elles n'étaient indiquées que dans un petit nombre de cas.

Vomitifs; purgatifs. Suivant M. Rayer, les vomitifs et les purgatifs doivent être proscrits du traitement de la suette miliaire; cependant Gastelier préconisait les bons effets du *tartre stibié* donné au début de la maladie, et MM. Barthez, Guéneau et Landouzy n'ont pas trouvé que les purgatifs eussent des inconvénients réels. On administre ces derniers pour combattre la constipation. On voit que, en l'absence de documents plus précis, il est impossible de se prononcer sur la valeur de ces moyens.

M. Foucart, dans la dernière épidémie, a administré l'*ipécacuanha* avec succès dans les cas où la langue était saburrale, et où il y avait des signes d'embarras des premières voies.

Antispasmodiques. Dans une affection où l'on observe des phénomènes nerveux si intenses, on a dû naturellement avoir recours aux antispasmodiques. L'*éther*, le *sirop d'éther*, le *musc*, le *castoréum*, ont été employés. Ils paraissent, dans certains cas, avoir calmé la constriction épigastrique, mais on ne connaît pas le degré de leur efficacité.

Narcotiques. Pour les narcotiques, l'*opium* a été principalement mis en usage. On l'a réuni aux antispasmodiques pour calmer la constriction épigastrique, et cette médication a constamment réussi dans l'épidémie observée par MM. Barthez, Guéneau et Landouzy. Des *lavements laudanisés* sont utiles dans les cas de diarrhée.

Révulsifs. Des *vésicatoires*, des *sinapismes*, sont généralement appliqués à l'épigastre pour faire cesser la douleur et la constriction. M. Robert a employé les frictions sur la poitrine, l'épigastre, l'abdomen et la partie interne des cuisses, avec la pommade suivante :

℞ Axonge................ 6 gram.	Huile de croton-tiglium...... 2 gram.
Tartre stibié............ 4 gram.	

Mêlez. Faites des frictions toutes les trois heures jusqu'à ce que les parties soient couvertes de pustules.

Il faudrait être plus sûr que nous ne le sommes de la grande efficacité de ce moyen pour le conseiller, car il est très douloureux, surtout appliqué sur une aussi grande étendue. Il est à désirer que M. Robert nous donne le détail des faits qui l'ont engagé à mettre en usage une semblable médication.



Dans la dernière épidémie, les vésicatoires, ou seulement les sinapismes, ont suffi pour triompher de la suffocation.

On a proposé d'administrer les *excitants diffusibles* et les *sudorifiques;* mais cette médication n'étant appuyée sur aucune preuve convaincante, et étant contraire à la manière de voir de presque tous les auteurs, je n'y insisterai pas.

M. Parrot a donné le *nitrate de potasse à haute dose*, dans le but de modérer les sueurs en excitant la sécrétion urinaire. Rien ne prouve qu'il ait réussi.

Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, sont administrés dans les cas de grande faiblesse, lorsque des sueurs très abondantes ont jeté le malade dans le collapsus. Tous les auteurs s'accordent à vanter les bons effets de ces moyens dans les circonstances que je viens d'indiquer.

Les docteurs Schahl et Hessert (1) rapportent que dans l'épidémie du Bas-Rhin, en 1812, on eut recours avec succès aux *lotions froides* sur la surface du corps, dans les cas où, après la saignée, la peau devenait sèche et brûlante. Ce moyen n'a pas été mis en usage depuis.

Sulfate de quinine. Lorsque la *forme rémittente* existe, ou lorsqu'on a lieu de la soupçonner, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est parfois difficile de s'assurer de son existence, on ne doit pas hésiter à donner le sulfate de quinine à dose élevée : *un gramme au moins par jour*, dans une potion ou en pilules. M. A. Robert a réussi à enrayer la maladie en administrant ce sel à la dose de 1 à 2 grammes dans une potion, et de 2 à 4 grammes dans un lavement. M. Parrot (2) a cité des faits semblables; cependant il n'a obtenu ce résultat que dans un nombre limité des cas de fièvre rémittente miliaire. Dans les autres, les accès devenaient plus ou moins promptement moins forts et moins longs ; mais la maladie ne se terminait pas brusquement, comme une fièvre intermittente *coupée*. M. le docteur Taufflieb. ayant observé la suette miliaire épidémique dans les Vosges, a vu fréquemment des *accès ayant de l'analogie avec ceux de la fièvre intermittente* se produire dans cette maladie. Les cas dans lesquels il en est ainsi sont les plus graves ; il conseille de les traiter par le *sulfate de quinine* à la dose de 0,60 grammes à 1 gramme (3). Ce médicament a paru également fort utile dans la dernière épidémie observée dans le département de l'Hérault (4).

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE OU SOINS GÉNÉRAUX.

On voit que, sauf ce dernier moyen, qui n'est applicable qu'à un certain nombre de cas, les diverses médications dirigées contre la suette miliaire n'ont qu'une efficacité limitée et ne s'adressent qu'à des symptômes isolés; aussi tous les médecins ont-ils recommandé très vivement les soins hygiéniques donnés aux malades, et leur ont-ils accordé une importance très grande, comme dans d'autres maladies dont je parlerai plus loin et contre lesquelles les agents thérapeutiques ont très peu d'action.

Autrefois on croyait qu'il fallait provoquer les sueurs et favoriser ainsi l'effort

(1) *Précis hist. et prat. sur la fièvre miliaire*, etc. Strasbourg, 1813.
(2) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 363.
(3) *Bull. gén. de thér.*, mai 1849.
(4) *Revue thérap. du Midi*, et *Gaz. méd. de Toulouse*, juin 1851.

apparent de la nature. Pour cela, tout en administrant des boissons sudorifiques chaudes, et en grande abondance, on maintenait le malade sous d'épaisses couvertures, et l'on entretenait dans la chambre une température élevée. Il résulte des observations faites dans les dernières épidémies, et dans quelques unes des siècles derniers, que c'est là une pratique funeste. La sueur n'est déjà que trop abondante, et l'on doit, au contraire, chercher à la modérer, tout en évitant une suppression brusque. La chambre du malade sera donc, autant que possible, vaste, facile à aérer, et maintenue à une température modérée, plutôt fraîche que chaude. Les malades seront fréquemment changés de linge; on entretiendra autour d'eux la plus grande propreté; on leur donnera des boissons fraîches et acidules, au lieu des boissons excitantes et chaudes. On tâchera, par tous les moyens possibles, de leur inspirer de la confiance et d'éloigner d'eux les sentiments de terreur qui s'emparent si souvent de leur esprit. D'un autre côté, on évitera avec soin tout refroidissement subit. Ces moyens bien simples ont une influence incontestable sur l'heureuse issue de la maladie, puisque les auteurs ont noté que la mortalité est surtout considérable chez les individus qui en sont privés.

Résumé. Nous pouvons dire d'une manière générale que le traitement de la suette miliaire se compose, d'une part, de moyens propres à combattre isolément chaque symptôme, et, de l'autre, de soins hygiéniques donnés aux malades. Ainsi la céphalalgie est combattue par les émissions sanguines, locales ou générales; l'épigastralgie par les sangsues, les antispasmodiques, l'opium; la constipation, par de légers laxatifs ou des lavements émollients; le délire, l'agitation, par les calmants et les antispasmodiques; la chaleur sèche et âcre de la peau, qui se montre dans quelques cas, par les lotions froides. La seule forme rémittente a été traitée par un médicament s'adressant à la maladie elle-même : le sulfate de quinine.

Il résulte de là, par conséquent, que, pour suivre la médication le plus généralement recommandée et qui doit être regardée comme la plus utile, jusqu'à ce que l'on ait trouvé des remèdes agissant plus directement sur cette affection, il suffit d'associer ces moyens partiels, si l'on peut s'exprimer ainsi, aux précautions hygiéniques dont les malades doivent être entourés et que j'ai mentionnées plus haut. N'oublions pas aussi que les faits observés dans la dernière épidémie ont prouvé qu'une médication très simple consistant principalement dans des *boissons délayantes* et *rafraîchissantes*, des soins de propreté, et l'attention de ne pas accabler les malades de couvertures, mais au contraire de les rafraîchir avec prudence, produit les plus heureux résultats. C'est ce qui résulte en particulier des faits observés par M. Bourgeois.

ARTICLE II.

VARIOLE.

Bien que la variole ait des caractères anatomiques très différents de ceux de la rougeole et de la scarlatine, il y a évidemment une grande analogie entre ces trois affections. C'est au point qu'on peut, dans leur description, suivre exactement la même marche et les mêmes divisions.

On s'accorde généralement aujourd'hui à ne faire remonter nos premiers documents sur la variole qu'au sixième siècle, à en attribuer la première description

aux médecins arabes, et à signaler Rhazès comme le premier qui ait bien fait connaître la maladie et en ait indiqué un bon traitement. On a voulu voir, dans les écrits des anciens, l'indication de cette maladie; mais les passages où l'on prétend qu'il en est question sont si vagues, que cela seul suffit pour faire rejeter cette opinion. Comment, en effet, supposer qu'une affection dont les symptômes sont si faciles à noter avec précision n'eût pas été décrite d'une manière satisfaisante? Quant aux assertions de quelques auteurs, qui affirment que la variole était connue dans la Chine et dans l'Inde longtemps avant l'ère chrétienne, rien ne prouve leur exactitude.

Le nombre des auteurs qui ont écrit sur la variole est tel, qu'une simple énumération remplirait plusieurs pages. L'indication que je pourrais en donner ici serait tellement incomplète, que je crois devoir m'abstenir, me réservant de signaler les meilleurs travaux dans le cours de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La variole est une affection fébrile, aiguë, contagieuse, dans laquelle se développent, sur la surface du corps, des pustules en plus ou moins grand nombre, et qui a, dans les cas simples, une marche prévue d'avance.

Cette affection a été décrite par Rhazès sous le nom d'*euphlogia;* elle a reçu aussi les noms de *febris variolosa*, de *small-pox* (angl.), de *Pocken* (all.), de *petite vérole*, de *picote*, etc.

Avant la découverte de la vaccine, il était peu d'individus qui échappassent à la variole. Depuis lors, cette affection, quoique infiniment moins fréquente, n'a pas laissé de se présenter assez souvent à l'observation; ce qui tient à plusieurs causes que j'indiquerai dans l'article consacré à la *vaccine*.

§ II. — Causes.

Cette maladie étant due à la contagion, nous n'avons que peu de considérations à présenter sur son étiologie.

1° Causes prédisposantes.

Age. Dans la première année, la variole est rare, et elle l'est d'autant plus qu'on se rapproche davantage du moment de la naissance; cependant elle peut affecter des enfants nouveau-nés, et on l'a vue même *congénitale.* M. le docteur Lebert a fait voir à la Société de biologie un fœtus de quatre mois environ qui était couvert de pustules varioliques. La mère avait fait une fausse couche dans la convalescence d'une variole peu grave. Après la première année, elle devient plus fréquente; mais, d'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez (1), c'est après six ans qu'elle se montre le plus souvent. On peut dire d'une manière générale que la variole est une maladie de l'enfance, qu'elle se produit ensuite d'autant plus rarement qu'on est plus avancé en âge, mais que l'extrême vieillesse elle-même n'en est pas complétement exempte. L'introduction de la vaccine a apporté, sans doute, de grandes modifications dans l'époque de l'apparition de la variole; mais

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édit. Paris, 1853.

c'est là une question qui appartient à l'histoire de la vaccination et à la vertu préservatrice du vaccin. J'en parlerai dans un autre article (1).

La variole n'épargne aucune race humaine ; les deux *sexes* y paraissent également sujets ; mais, sur ce point comme sur l'influence du *tempérament*, de l'*hygiène*, etc., nous n'avons pas de renseignements exacts.

Suivant M. Serres, une des conditions les plus favorables au développement de la variole, est la *sécheresse*, la *chaleur*, et la *lumière*, et de là la plus grande fréquence et la plus grande violence de la maladie dans les *climats chauds et secs* que dans les *climats froids et humides*. Ces assertions ne sont pas généralement regardées comme parfaitement démontrées, bien que M. Serres ait réuni, pour les appuyer, toutes les preuves possibles. Nous verrons plus loin quelles conséquences on a tirées de ces idées pour le traitement.

2° Causes occasionnelles.

La cause occasionnelle capitale est la *contagion ;* cependant nous voyons tous les jours la variole se produire spontanément et sans autre cause appréciable que cette disposition que presque tous les hommes apportent en naissant pour cette maladie. Je dis presque tous les hommes, parce qu'il en est toujours un certain nombre qui y sont complétement *réfractaires*, ce qui a été constaté avant la découverte de la vaccine aussi bien que depuis cette époque.

La contagion par l'air, par le contact immédiat, par les vêtements, est généralement admise. Mais quelles sont les conditions les plus favorables à la transmission? A quelle époque de la maladie cette transmission est-elle le plus facile? Quelle est la sphère d'action de la contagion? Ce sont là autant de questions sur lesquelles on n'est pas complétement d'accord. Ce que l'on admet le plus généralement, c'est que l'époque à laquelle se développe le principe contagieux est le commencement de la suppuration; que l'existence de ce principe se continue pendant la dessiccation; que le dépôt de la matière purulente et des croûtes sur la peau et sur les muqueuses facilite beaucoup la transmission de ce principe. Quant à l'introduction de ces matières sous l'épiderme, c'est une des causes les plus infaillibles, puisque c'est sur son existence qu'est fondée l'*inoculation*.

On a remarqué que bien des sujets sont atteints de la variole peu de temps après la *vaccination ;* mais on a vu cet effet se produire chez des individus placés dans un foyer d'infection. Y a-t-il eu autre chose que de simples coïncidences? Il faudrait, pour être bien sûr du contraire, une expérimentation plus rigoureuse que celle à laquelle on s'est livré.

La variole est une des affections qu'on voit le plus fréquemment apparaître sous forme *épidémique*. La cause des épidémies nous échappe complétement. On a remarqué qu'elles commencent souvent au printemps; mais il n'est pas rare de les voir survenir dans les autres saisons.

§ III. — Symptômes.

Pour être exposée méthodiquement, la description de la variole exige que nous

(1) Voy. art. *Vaccine*.

divisions cette maladie en régulière et irrégulière, maligne, compliquée, etc., comme nous l'avons fait pour la scarlatine.

1° *Variole régulière.* Il y a à considérer, dans la variole, l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, que quelques médecins ont divisées en *éruption proprement dite* et en *suppuration*, et enfin la *dessiccation*.

Incubation. Sa durée offre quelque intérêt. On peut, disent Guersant et M. Blache, la fixer à 9 jours ; mais tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. D'autres, en effet, la fixent à 10 ou 12 jours environ. Du reste, tous conviennent qu'elle varie entre des limites assez larges. Suivant J. Frank, le virus pourrait produire son effet instantanément, et, d'un autre côté, les faits ne sont pas rares où l'incubation a été de 20 et de 25 jours ; suivant MM. Rilliet et Barthez, l'incubation est au moins de 3 ou 4 jours, et au plus de 46. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point difficile à éclairer.

Invasion. Le premier symptôme qui se déclare est un *frisson* plus ou moins répété ; quelquefois, néanmoins, il n'y a qu'une sensibilité plus ou moins marquée au froid, et, dans quelques varioles très bénignes, on voit le frisson manquer.

Une *chaleur* ordinairement assez vive, avec tendance à la *sueur*, ou, au contraire, dans un certain nombre de cas, avec sécheresse de la peau, se déclare bientôt. Dans les premiers moments, elle peut alterner avec les frissons ; mais, au bout de peu de temps, elle devient continue.

Du côté des *voies digestives*, on observe un enduit blanchâtre de la *langue*, la soif, l'anorexie, et, dans quelques cas, des *nausées* et des *vomissements*. On a beaucoup exagéré la fréquence de ces derniers symptômes. M. Louis a, en effet, remarqué (1) que les vomissements n'ont eu lieu, dans 12 cas de variole, que chez 4 sujets, et chez 2 d'entre eux à une époque assez éloignée du début. Ces sujets et 2 autres qui n'eurent pas de vomissements avaient des *douleurs épigastriques*.

La *constipation* est presque constante dans cette période ; les cas où il y a un peu de diarrhée sont de véritables exceptions.

Une *céphalalgie* souvent fort vive, et occupant principalement le front, se montre ordinairement dès le premier jour, en même temps que se produit la chaleur, et se continue pendant presque toute cette période.

On note aussi chez un grand nombre de sujets, mais non chez tous, une *douleur lombaire*, parfois très incommode, dont les malades se plaignent souvent sans qu'on leur en parle, et dont l'existence mérite d'être recherchée dans les cas difficiles.

MM. Rilliet et Barthez (2) ont constaté chez un assez grand nombre de sujets l'existence d'une *douleur abdominale* ayant son siége principal à l'épigastre ou à l'ombilic, et se présentant parfois sous forme de coliques vives sans évacuations. Ces douleurs ne coïncidaient ordinairement pas avec la douleur lombaire.

Les *forces* sont presque toujours perdues dès le début ou ne tardent pas à l'être : les malades éprouvent des lassitudes spontanées, du brisement, des douleurs contusives dans les membres.

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. I.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 440.



On a constaté encore, dans un certain nombre de cas, une douleur plus ou moins vive dans le pharynx ; douleur qu'il ne faut pas confondre avec celle dont je parlerai plus loin, et des *douleurs vagues dans la poitrine.*

Il y a presque toujours de l'*agitation*, de l'*insomnie*, parfois du *délire ;* d'autres fois, au contraire, de la prostration, de l'hébétude et de la *somnolence*, et assez souvent ces symptômes alternent.

Dans quelques cas aussi, on observe des *éternuments*, du *larmoiement*, en un mot les symptômes d'un coryza médiocrement intense, ou bien de la *dyspnée* et un sentiment d'oppression. Un petit nombre de sujets est atteint de *convulsions* tantôt bornées à la face et tantôt générales, ce qui est beaucoup plus rare, puisque MM. Rilliet et Barthez ne les ont jamais observées.

Éruption. Comme je l'ai fait pour la rougeole et pour la scarlatine, j'emprunte à MM. Blache et Guersant la description de l'éruption, parce qu'il serait difficile de lui en substituer une plus claire et plus exacte. « Elle commence ordinairement, disent ces auteurs, du deuxième au troisième jour de l'invasion, sous la forme de *petites taches* ou de *petits points* rouges qui bientôt présentent une légère convexité.

« *Ordre d'apparition.* Ils paraissent d'abord sur le menton, autour des lèvres, puis au front et aux joues, d'où ils s'étendent au cou, au tronc et aux extrémités inférieures. Quelquefois les parties génitales sont les premières sur lesquelles se développent les pustules (surtout chez les très jeunes enfants) ; d'autres fois c'est sur la partie inférieure des reins et sur les fesses qu'on en observe les premières traces ; souvent aussi, quand il existe un vésicatoire ou quelques ulcérations à la peau, c'est à leur pourtour que se présente d'acord l'éruption.

» Ces petites taches, d'ordinaire très nombreuses à la face et discrètes sur l'abdomen, s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau de la peau, et, dès le lendemain ou le surlendemain, on aperçoit sur le sommet de chacune d'elles un point transparent qui se transforme en une *vésicule superficielle et plate*, dans laquelle s'accumule un *fluide d'abord séreux* et incolore, et puis *trouble* et d'un blanc jaunâtre.

» On observe alors simultanément des *pustules* développées *sur les membranes muqueuses* de la bouche, du pharynx, du larynx, des paupières et de l'œil, et même du prépuce ou de la vulve. Ces pustules se présentent sous la forme de petites taches blanchâtres et circulaires ; elles offrent ordinairement une petite dépression au centre, qui cependant n'existe pas toujours ; celles de la conjonctive sont beaucoup moins saillantes que toutes les autres. Du côté du pharynx et du larynx, la présence des pustules produit des douleurs qui, dans les cas graves, sont ordinairement assez vives et persistantes.

» Pendant trois ou quatre jours, les *pustules de la peau* continuent à se développer ; elles s'arrondissent, deviennent dures au toucher, et leur centre offre une *dépression ombilicale* bien plus prononcée que celle des pustules de la vaccine. Comme ces dernières, elles sont environnées d'un *cercle rougeâtre* assez étendu. Du quatrième au septième jour, les pustules prennent une forme hémisphérique ; le pus qu'elles contiennent devient plus consistant, et l'aréole inflammatoire qui les entoure se dessine davantage. En même temps le *tissu cellulaire sous-cutané se tuméfie ;* le gonflement occupe d'abord la face, où il est surtout très marqué aux



paupières et aux lèvres. Au huitième jour, l'éruption a ordinairement acquis son summum d'intensité, et l'on voit alors la tuméfaction se manifester aux mains et aux parties génitales.

» Les *phénomènes fébriles* qui ont précédé l'éruption de la variole *cessent* communément, ou *diminuent* au moins, lorsqu'elle est achevée; mais ils reparaissent en général du huitième au dixième jour. C'est à cette époque, ou un peu avant, qu'on observe la fièvre secondaire appelée *fièvre de suppuration.* D'ordinaire on voit survenir, du septième au huitième jour une *salivation* qui dépend de la quantité des pustules développées dans la bouche, et qu'on a prétendu d'autres fois exister sans cette circonstance. Cet appareil de symptômes s'éteint d'ailleurs par degrés au bout de quelques jours. C'est lors de la fièvre secondaire que se montrent la *diarrhée*, la *toux*, le *délire* et les *complications* graves de la variole.

» La *température animale* suit les alternatives de l'état fébrile : en général élevée, marquant au thermomètre, dans certains cas où l'exanthème est confluent, 40 ou 41 degrés centigrades, et, en moyenne, 39°,06 chez les adultes (Andral), 38°,75 chez les enfants (1). Elle est à son maximum au début, puis elle baisse momentanément, pour remonter ensuite, du cinquième au neuvième jour de l'éruption. »

Dessiccation. C'est du neuvième au dixième jour que commence la dessiccation, et elle se produit en suivant l'ordre d'apparition des pustules, c'est-à-dire en commençant par la face. Lorsque les pustules sont bien isolées, elles ne laissent plus échapper le liquide qu'elles contiennent. Celui-ci se dessèche ordinairement en commençant par le centre, de sorte qu'on voit un *point noir* apparaître dans la dépression centrale, puis la couleur noire gagner les autres parties de la pustule, qui devient dure et cassante, ou, en d'autres termes, qui se couvre d'une *croûte noire.* Quelquefois cette croûte se forme sur toutes les parties de la pustule en même temps.

Le même mode de dessiccation se montre dans un certain nombre de pustules confluentes ; mais si celles-ci sont très volumineuses et groupées en grand nombre dans un très petit espace, le liquide est tellement abondant, qu'avant de s'être desséchées les pustules se crèvent et laissent suinter la matière purulente qui, se répandant sur les parties voisines, forme des croûtes d'abord jaunâtres, puis noirâtres, d'une étendue plus ou moins considérable. Dans ces points, la moindre pression exercée par les draps, le moindre frottement détache l'épiderme et laisse à nu la base des pustules baignée par le fluide purulent. Les pustules isolées peuvent, lorsqu'elles sont très volumineuses, se rompre de la même manière et laisser échapper le liquide; mais cela est beaucoup plus rare, et lorsqu'on les trouve rompues, surtout si l'on a affaire à un enfant, on doit penser qu'elles ont été rompues avec les ongles.

Sur le tronc et sur les membres, les pustules se dessèchent de la même manière que sur la face, mais quelques jours plus tard.

La dessiccation est précédée de la disparition du gonflement de la peau et du passage de la coloration des aréoles du rouge plus ou moins vif au rouge obscur et violacé.

(1) Voy. H. Roger, *Arch. gén. de méd.*, 1844, t. VI, p. 139.

On a remarqué que sur les points occupés par une inflammation antécédente de la peau les pustules marchent beaucoup plus vite. Nous verrons plus loin quel parti on a voulu tirer de ce fait pour la thérapeutique.

Les pustules des membranes muqueuses disparaissent presque constamment par résolution.

Cicatrisation. Dans les cas où la variole a été bénigne et discrète, il n'y a pas, à proprement parler, de cicatrisation; la croûte se détache, il reste une tache d'un rouge brun qui persiste longtemps, puis la peau reprend son aspect normal. Quelquefois seulement on a vu, en pareil cas, une espèce de desquamation furfuracée se produire sur ces taches.

Mais lorsque le derme a été plus profondément atteint, il reste, en même temps que la tache brune, une cavité plus ou moins profonde, qui ne disparaît pas en même temps que la coloration morbide, qui devient d'un blanc mat comme un tissu de cicatrice, et qui produit une trace indélébile.

Dans les cas où la variole a été confluente, si, comme cela arrive ordinairement, les pustules et la suppuration ont attaqué profondément le derme, il en résulte des cicatrices irrégulières, blanches, pointillées de noir; la peau est couturée, et les traits plus ou moins fortement altérés.

2° *Variole irrégulière.* On peut d'abord ranger parmi les varioles irrégulières la *varioloïde* et la *varicelle ;* mais je me réserve de dire quelques mots sur chacune de ces variétés en particulier.

Il est plus rare de voir manquer la première période de la variole que celle de la rougeole et de la scarlatine; cependant on a cité quelques cas de ce genre, et l'on a donné à ces cas le nom de *variole anomale*, ainsi qu'à ceux où, suivant quelques auteurs, on aurait rencontré tous les symptômes de la variole sans voir apparaître les pustules. Ce dernier cas a encore été désigné sous le nom de *variola sine variolis;* mais, malgré l'autorité de Borsieri, on peut conserver des doutes sur l'existence de cette variété. Le diagnostic de la période d'invasion de la variole n'est pas, en effet, assez sûr pour qu'on ne doive pas admettre de nombreuses chances d'erreurs dans les cas signalés par cet auteur et par quelques autres qui l'ont précédé.

3° *Variole compliquée.* Les complications de la variole sont nombreuses; mais on a rangé parmi elles des accidents qui ne sont que des symptômes de la variole elle-même à un degré beaucoup plus élevé qu'à l'ordinaire. De ce nombre sont l'*ophthalmie*, qui peut causer la perte des yeux, et la *laryngite* intense, affections occasionnées par un développement considérable de pustules sur les muqueuses de l'œil et du larynx. J'en dirai autant du *ptyalisme* dû à la même cause. Parfois une *otite* intense produit des douleurs violentes, la suppuration et la surdité.

La *gastrite* et l'*entérite*, qu'on voit survenir à une époque plus ou moins avancée de la maladie, sont des lésions secondaires semblables à celles qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde et des autres affections fébriles graves.

Du côté des *voies respiratoires*, on voit apparaître des bronchites et des pneumonies, mais bien moins fréquemment que dans la rougeole.

Quant à la *rétention d'urine*, à l'*incontinence*, ce sont des symptômes qui se développent sous l'influence du délire.

Quelques *affections cutanées :* l'*érysipèle*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *mi-*

liaire, l'*ecthyma*, peuvent se joindre à l'éruption variolique. Les cas de ce genre sont rares.

Il est assez commun de voir, après la fièvre de suppuration, survenir des *abcès sous-cutanés* dans diverses parties du corps, et quelquefois la présence de ces abcès rend la convalescence longue et difficile.

Un résultat beaucoup plus grave de la variole est la *résorption purulente;* dans ces dernières années on a rapporté un certain nombre de faits de ce genre (1). Il serait inutile d'indiquer ici les symptômes de cet état morbide qui est moins une complication qu'une conséquence fâcheuse de la maladie; je les ai décrits ailleurs (2).

C'est aussi une conséquence de la maladie que les *gangrènes* des téguments qui se montrent sur les parties qui supportent le poids du corps, et quelquefois dans d'autres points : la face, par exemple.

4° *Variole maligne.* Ici encore j'aurais à faire les réflexions que j'ai présentées à propos de la scarlatine et de la rougeole malignes. Un excès de violence dans quelques uns des principaux symptômes est seul la cause de la forme de la maladie. Y a-t-il une intensité exagérée des symptômes nerveux, c'est la forme *ataxique;* les forces sont-elles profondément abattues, la réaction paraît-elle très faible, c'est la forme *adynamique*, etc.

5° *Variole hémorrhagique.* C'est à cette forme très grave de la variole, correspondant exactement à la rougeole et à la scarlatine hémorrhagique, qu'on a donné les noms de *variole noire*, *pétéchiale*, *scorbutique.* Une accumulation de sang mêlé ou non de sérosité dans les pustules, des pétéchies, des ecchymoses, des hémorrhagies par diverses muqueuses, et, avec ces symptômes, des accidents généraux très violents, tels sont les caractères de cette espèce.

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que les divers états morbides que je viens de mentionner doivent être parfaitement connus du lecteur, ayant été exposés plusieurs fois avec détail.

6° *Modifications de l'éruption.* On a signalé d'assez nombreuses modifications de l'éruption. Voici les principales : On voit quelquefois les pustules ne renfermer qu'un liquide séreux jusqu'à la fin : c'est la *variole cristalline;* d'autres fois ces pustules restent en partie vides : c'est la *variole emphysémateuse;* ou bien elles ne contiennent pas de liquide et sont résistantes au toucher : *variole verruqueuse;* ou encore elles ont la forme de tubercules cutanés : *variole tuberculeuse.* Il n'est pas bien certain que le diagnostic de ces variétés, qui d'ailleurs n'ont qu'une faible importance, ait été toujours bien exact.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description des symptômes, j'ai suffisamment fait connaître la marche si remarquable de la *variole régulière.* Quant aux varioles malignes et compliquées, tantôt l'affection éruptive suit son cours comme dans les cas les plus simples; tantôt il survient des irrégularités qui portent principalement sur la période d'éruption.

(1) Voy. Castelnau et Ducrest, *Mém. sur les abcès multiples* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1846, t. XIII).
(2) Art. Phlébite.



Celle-ci est plus facile ou plus difficile, plus lente ou plus rapide, sans qu'on puisse poser aucune règle à cet égard.

Willan, MM. Rayer, Legendre, Cléraut (1), A. Tardieu, Odier, Herpin, et plus récemment M. Hérard (2), ont cité des cas qui démontrent que la marche de la variole est heureusement modifiée par la vaccine concomitante.

La *durée totale* de la maladie est de quinze à vingt jours, et parfois davantage. Plus la variole est confluente et grave, plus sa durée se prolonge. Quant à la durée de chaque période en particulier, je l'ai donnée plus haut.

La *terminaison* de la maladie est tellement différente, suivant les espèces, qu'on ne peut en rien dire d'une manière générale. La variole régulière peut être *discrète* ou *confluente*. Dans le premier cas elle ne détermine jamais la mort, à moins de complications. On observe un certain nombre de *varioles confluentes bénignes ;* dans ces cas, l'abondance de l'éruption semble annoncer une affection très grave, mais la fièvre reste modérée ; il n'y a pas de symptômes cérébraux, pas de symptômes gastriques graves, et la maladie se termine par une guérison rapide au moment où arrive la période de dessiccation. J'ai remarqué que, dans ces cas, les pustules étaient presque constamment superficielles, et ne laissaient pas de traces. Le plus souvent, au contraire, la variole confluente se termine par la mort, quelque régularité qu'elle ait suivie dans sa marche.

Les *varioles* qu'on a appelées *malignes*, et surtout la *variole hémorrhagique*, sont des affections dont la terminaison funeste est bien fréquente. Quant aux varioles *compliquées*, tout dépend de la complication.

Toutes choses égales d'ailleurs, la terminaison funeste est bien plus fréquente pendant les *épidémies* que chez les sujets atteints sporadiquement. La terminaison funeste a lieu presque toujours dans le cours de la période de suppuration. Les symptômes deviennent de plus en plus graves; il y a du délire, du coma ; le pouls est petit, faible, et sa fréquence va sans cesse en augmentant; puis surviennent les soubresauts des tendons, la carphologie ; parfois les selles involontaires, la rétention d'urine, et les malades succombent après une plus ou moins longue agonie.

Dans un certain nombre de cas, la lésion cutanée s'est déjà beaucoup amendée, et même la dessiccation a commencé lorsque surviennent les symptômes précédents, qui sont suivis de la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Si les symptômes généraux étaient sous la dépendance des symptômes locaux, comme l'ont avancé quelques auteurs, ils devraient s'apaiser aussi; mais il n'en est rien.

On a vu, dans un nombre assez considérable de cas, la variole se reproduire chez des sujets déjà atteints par elle, et qui en portaient des traces ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas ranger la variole au nombre des maladies qui ne se produisent qu'une fois dans la vie. C'est là, en effet, une règle qui est bien connue de tout le monde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la variole ont été étudiées avec un très grand soin et offrent un grand intérêt; mais comme elles n'ont pas fourni de grandes lumières pour la pratique, il me suffira de les passer rapidement en revue.

(1) *Du développement simultané de la variole et de la vaccine*, etc., thèse. Paris, 1845
(2) *Union médicale*, septembre 1848 et avril 1849.



Il résulte des recherches importantes de Cotugno, de MM. Rayer, Petzhold, Rilliet et Barthez, et de plusieurs autres, que la pustule ne consiste d'abord que dans une vésicule non ombiliquée; qu'alors l'épiderme seul est opaque et grisâtre, tandis que le liquide est encore transparent; que l'ombilication est due à ce que le centre de la pustule est retenu au derme par un filament qui, suivant Cotugno, est le conduit d'une glande sébacée; que plus tard un produit pseudo-membraneux se dépose sur le derme, au centre de la pustule, sous forme de points isolés indiqués par MM. Rilliet et Barthez; qu'à une époque plus avancée, il résulte de la réunion de ces points un disque pseudo-membraneux de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, ayant la forme d'un cône tronqué, et très bien décrit par M. Rayer; que, dans certains cas et à certaines époques de la maladie, on trouve une saillie du corps papillaire du derme, et dans d'autres des dépressions et des érosions, ce qui explique très bien la présence ou l'absence des cicatrices; et que, suivant M. Gendrin, il existe dans le derme une espèce de tubercule multiloculaire dont les aréoles sont remplies par un liquide diaphane et visqueux (1). M. Gendrin est le seul auteur qui fasse mention de cette lésion.

Les muqueuses des parois buccales, du voile du palais, de la langue, des fosses nasales, des conjonctives, du larynx, ne présentent souvent, après la mort, aucune trace de pustules, parce qu'il n'y a pas eu d'ulcération après le détachement de l'épithélium. Dans le cas contraire, ou bien lorsque l'épithélium n'est pas encore détaché, on trouve des érosions ou des taches blanchâtres formées par le liquide purulent accumulé sous l'épiderme. Parfois on voit des suppurations plus étendues pénétrer dans les tissus sous-jacents.

M. Gosselin a trouvé, dans la glande séminale de plusieurs sujets morts de la variole, de petits foyers purulents, qui constituent l'*orchite varioleuse* (2).

Le *sang*, dans la variole, présente parfois une couenne, mais, en général, une couenne peu consistante. Dans les cas où il y a des symptômes d'adynamie, on trouve ordinairement le sang noir et liquide. MM. Andral et Gavarret ont observé dans quelques cas une légère augmentation de fibrine après la première saignée; mais cette augmentation est très faible, et, dans les cas où le sang reste liquide, la fibrine a, au contraire, diminué. Quant aux globules, leur proportion était restée la même dans les cas analysés par ces auteurs, sauf dans un où la variole était hémorrhagique.

Il serait inutile d'indiquer les lésions résultant des complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la variole à sa première période est toujours très difficile; on peut même dire que l'apparition prochaine de l'éruption, d'après les symptômes de cette période, peut être soupçonnée, mais non annoncée avec certitude. Les signes sur lesquels peut s'établir la probabilité de cette apparition sont la céphalalgie, les douleurs lombaires, la fièvre intense, signes auxquels il faut joindre comme commémoratifs utiles l'âge du sujet et l'absence des traces de vaccine; mais on voit combien ces signes sont vagues, et combien de maladies fébriles peuvent les présenter à un degré plus ou moins élevé.

(1) *Journ. de méd.*, t. XCVIII.
(2) *Bull. gén. de thér.*, mars 1849.

Les affections qui présentent les symptômes les plus ressemblants à ceux de la variole sont la *scarlatine* et la *rougeole*. On la distinguera de la première de ces deux maladies à l'existence des douleurs lombaires et à l'absence de la pharyngite, car on sait que, dans la scarlatine, il n'y a pas de lumbago, et le pharynx se prend de bonne heure.

Le coryza, la rougeur des yeux, le larmoiement et l'absence des douleurs lombaires, sont les signes différentiels de la rougeole.

Dans toutes ces affections éruptives, il faut, dès les premiers temps, examiner la bouche et le pharynx : car on y trouve des altérations caractéristiques avant que l'éruption de la peau ait commencé.

Un examen attentif fait toujours reconnaître la variole quand l'éruption a commencé. S'il y a des cas obscurs le premier, et surtout le deuxième jour de l'éruption, ce sont des cas rares et exceptionnels, et le doute est de courte durée.

Pronostic. Le pronostic ne peut être établi qu'en ayant égard à un grand nombre de circonstances. L'âge est une des principales. La variole est très grave chez les nouveau-nés, à cause de leur état de faiblesse, sans aucun doute. Après la première, et surtout la seconde année, cette maladie devient beaucoup moins dangereuse chez les enfants qu'à un âge avancé. Tous les auteurs s'accordent à la regarder comme extrêmement grave dans la vieillesse.

Les renseignements que nous possédons ne sont pas suffisants pour nous apprendre si la variole offre plus de danger chez un sexe que chez l'autre. Chez les femmes enceintes, elle a une grande gravité ; elle détermine, en effet, très fréquemment l'avortement, et menace la vie de la femme.

Plus la fièvre est intense, plus la variole est grave : de là le danger des varioles malignes.

Les complications sont toujours très fâcheuses ; mais il n'est pas de cas dans lesquels le pronostic doive être plus grave que ceux où la variole se montre avec le caractère hémorrhagique.

On a cité des cas, et j'en ai vu un très remarquable (1), dans lesquels la variole a fait cesser d'autres maladies, et principalement des névroses, comme la *chorée*, le *hoquet nerveux*, etc. ; mais on doit regarder ces cas comme exceptionnels.

Dans le cas que j'ai rapporté, il s'agissait d'une *chorée*. Les phénomènes choréiques devinrent plus marqués au moment du début, et ils cessèrent avec la fièvre ; ce qui vient à l'appui de la remarque faite par M. Sée (2) relative à l'influence des affections fébriles sur la chorée.

§ VII. — Traitement.

Quoique, sous un très grand nombre de points de vue, la variole ressemble beaucoup à la rougeole et à la scarlatine, son traitement offre un intérêt bien plus grand. On en trouve la raison dans l'importance de l'éruption et dans les difformités qu'elle peut laisser, et qu'il importe de prévenir. J'aurai à examiner successivement le *traitement abortif*, qui a pour but d'empêcher les pustules d'acquérir leur entier développement ; le *traitement de la variole simple et régulière*, le *traitement de la variole irrégulière*, *compliquée*, *maligne*, et le *traitement préservatif*.

(1) *Union médicale*, 8 février 1853.
(2) Voy. art. *Chorée*.



1° *Traitement abortif.* — *Cautérisation.* La cautérisation des pustules, pratiquée dans le but de les faire avorter, a été d'abord employée par M. Bretonneau. Suivant M. Velpeau (1), ce médecin *épointe le sommet des pustules avec une aiguille d'or ou d'argent chargée d'une solution de nitrate d'argent.* M. Velpeau, qui a mis maintes fois ce procédé en usage, préfère *épointer d'abord les pustules, et les cautériser ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.*

Quant aux résultats de ce traitement, ils ont été les suivants : Si la cautérisation est pratiquée du premier au troisième jour de l'éruption, la pustule est éteinte; plus tard, elle continue à se développer, mais n'acquiert pas son entier développement et disparaît plus vite. Les pustules cautérisées ne laissent pas de traces. L'action de ce traitement sur la marche de la maladie et sur son issue est moins évidente; elle a paru à l'auteur avoir une influence favorable.

M. Serres (2) avait proposé de cautériser les pustules en passant sur elles un pinceau de charpie imbibé de la solution suivante :

℞ Eau distillée........... 30 gram. | Nitrate d'argent......... 1 à 2 gram.

Dissolvez. Cette opération doit être répétée tous les jours ou tous les deux jours.

Les pustules des bords libres des paupières et de la cornée doivent être touchées avec le crayon de nitrate d'argent, sans les ouvrir préalablement.

On a généralement abandonné la cautérisation des pustules, et surtout le procédé recommandé par M. Serres. Cet auteur lui-même y a complétement renoncé pour recourir à l'emplâtre mercuriel dont je vais parler tout à l'heure. Cependant la cautérisation peut être utile pour attaquer les pustules qui, comme celles du bord libre des paupières, ne peuvent pas être atteintes par les préparations mercurielles.

Topiques mercuriels. Déjà Zimmermann (3) avait fait connaître la propriété qu'a l'*emplâtre de Vigo cum mercurio* d'arrêter le développement des pustules varioliques, et Van Voensel, cité par M. Briquet, avait constaté cet effet remarquable; mais ces faits étaient tombés dans l'oubli lorsque M. Serres entreprit ses expériences à la Pitié.

Le traitement est fort simple : il consiste à découper l'emplâtre mercuriel de manière à l'appliquer exactement sur la peau couverte de pustules. On l'applique dès qu'on est assuré qu'il s'agit d'une variole, car plus tôt cette application a lieu, plus elle est efficace. C'est surtout les pustules de la face qu'on a intérêt à faire avorter; aussi faut-il la couvrir exactement d'un masque qui ne laisse à découvert que les yeux, les narines et la bouche.

M. Gariel (4), qui a rendu un compte exact des expériences de M. Serres, a vu que l'emplâtre de Vigo fait avorter les pustules; que même, lorsque les pustules sont pleines de pus, celui-ci est résorbé et l'épiderme ne se rompt pas; enfin que cette résorption, loin de rendre la maladie plus grave, la rend au contraire moins dangereuse.

M. Briquet (5), qui s'est beaucoup occupé de cette question, et qui a multiplié

(1) *Note sur l'emploi des caustiques*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VIII).
(2) *Méthode ectrotique*, etc. (*Arch. de méd.*, t. VIII, 1825).
(3) *Traité de l'Expérience*, t. II.
(4) *Rech. sur quelques points de l'histoire de la variole*, thèse. Paris, 1837.
(5) *Mém. sur l'emploi des topiques mercuriels*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1838).

les expériences, ne va pas aussi loin; mais il résulte des faits qu'il a observés que, lorsque le masque est appliqué du premier au cinquième jour, un certain nombre de pustules disparaissent par résolution, et les autres sont transformées en petites vésicules miliaires à peine visibles.

D'autres auteurs, parmi lesquels je dois citer MM. Nonat, Rilliet et Barthez, ont employé le même moyen. M. Nonat est arrivé à des résultats à peu près semblables à ceux que je viens de mentionner. MM. Rilliet et Barthez n'ont pas aussi bien réussi, ce qui est dû peut-être à l'indocilité des enfants.

On se demande naturellement quel est le mode d'action de ce moyen. Est-ce la soustraction des pustules à l'action de l'air qui les fait avorter ainsi? Est-ce l'influence du mercure? Des expériences ont paru démontrer que c'est la préparation mercurielle qui agit réellement. On a, en effet, recouvert les pustules avec divers autres emplâtres, avec diverses pommades ou solutions, et leur avortement n'a pas eu lieu. Ces expériences, entreprises par M. Serres (1), ont été continuées par M. Briquet avec les mêmes résultats.

Un autre fait cité, pour prouver que c'est bien le mercure qui agit, c'est qu'on obtient le même effet avec les *onctions mercurielles.* C'est même à ce dernier mode d'application que M. Briquet a actuellement recours. Pour que les onctions mercurielles réussissent, il faut que les pustules soient incessamment recouvertes d'une couche de pommade mercurielle de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; et comme la pommade simple est trop peu consistante pour qu'on puisse en faire une couche semblable, M. Briquet propose le mélange suivant :

℞ Onguent mercuriel....... 2 parties.	Amidon en poudre......... 1 partie.

Mêlez exactement.

Comme je l'ai dit, dans mes *Leçons cliniques* (2), j'emploie ce moyen avec succès; seulement pour diminuer encore la trop grande fluidité du mercure, je mets parties égales d'onguent et d'amidon.

Collodion. Des faits récents sont néanmoins venus nous apprendre que peut-être l'action du mercure n'est pas indispensable, et que, si les autres emplâtres n'ont pas réussi, c'est qu'ils ne comprimaient pas suffisamment la peau. M. Aran a fait connaître à la Société médicale des hôpitaux (3) des cas dans lesquels une *couche de collodion*, étendue sur les pustules de la face, en a complétement arrêté le développement. Dans un cas que j'ai observé, le collodion appliqué pendant vingt-quatre heures avait arrêté le développement des pustules, mais le malade n'ayant plus voulu le supporter, elles ont repris leur accroissement. Le seul inconvénient de ce moyen est d'occasionner une constriction pénible.

Enfin, de nouveaux essais (4) m'ont démontré que ce médicament employé, soit pur, soit mélangé avec une petite quantité d'huile de ricin, pour lui donner plus d'élasticité, ou encore avec du noir de fumée pour le rendre imperméable à la lumière, a des résultats fort incertains. Souvent, en effet, les pustules n'ont fait que gagner en largeur ce qu'elles perdaient en hauteur.

(1) Voy. Gariel, *loc. cit.*
(2) *Union médicale*, 8 février 1853.
(3) Séance du 25 septembre 1850.
(4) Voy. *Union médicale*, 8 février 1853.

M. Robert Graves (1) s'est servi de la solution de gutta-percha ; il cite deux observations dans lesquelles ce topique, étendu sur la face, n'a pas empêché l'éruption, mais seulement les ulcérations qui en sont la suite.

D'autres topiques ont été employés. Je ne ferai que mentionner les *lotions froides* sur la face (car c'est toujours la face que l'on cherche à préserver) combinées avec les excitants aux extrémités, des *lotions alcalines*, des *embrocations huileuses*. Larrey a rapporté que, chez les Égyptiens, on prévient les cicatrices de la variole en couvrant la face de *lames d'or ;* on a été jusqu'à proposer le *vésicatoire volant*. Ces divers moyens ne méritent pas autre chose qu'une simple indication, et en définitive, c'est l'onguent mercuriel qui doit être préféré.

Vaccin à haute dose. Un autre moyen abortif qui a une grande célébrité, est celui qui a été proposé par le docteur Eichorn. Ce médecin recommande de *pratiquer*, dès que l'on reconnaît les symptômes d'invasion, et même lorsque l'on aperçoit les premières traces des pustules, *40 ou 50 petites incisions sur la peau, et d'y introduire autant de vaccin que possible.* Ce vaccin doit être pris dans une pustule vaccinale, et non conservé. M. Eichorn cite des faits très favorables à cette méthode. En France, on n'a fait à ce sujet que des expériences tout à fait insuffisantes. Cependant n'oublions pas les faits cités par MM. Rayer, Tardieu, Herpin, Hérard, etc,, desquels il résulte que l'éruption vaccinale a une influence marquée sur la marche de la variole, et que cette influence est favorable ; ce qui doit engager le praticien à vacciner, dans les épidémies, même au début de la variole.

2° *Traitement de la variole simple et régulière.* Ce que j'ai dit relativement au traitement de la rougeole et de la scarlatine régulières pourrait trouver place ici. Au lieu de donner au malade des excitants de toute espèce, de provoquer l'éruption par des topiques irritants, par l'accumulation des couvertures, on se contente aujourd'hui de donner des boissons émollientes ou acidules à une température modérée ; de tenir le malade à l'abri du froid, sans entretenir autour de lui une température élevée, et ces soins hygiéniques, joints à quelques précautions, comme celle de maintenir le ventre libre, de tenir les malades éloignés du bruit, suffisent dans les cas où la variole est régulière, alors même que les symptômes ont une assez grande intensité.

Cependant on a recommandé quelques moyens particuliers qu'il importe de passer en revue.

Depuis Rhazès, un bon nombre de médecins ont proposé d'*ouvrir les pustules* arrivées à l'époque de la suppuration, afin de prévenir les cicatrices. C'est dire assez que cette opération se fait principalement à la face. Après avoir ouvert les pustules et en avoir évacué le pus, on les couvre d'applications émollientes ou l'on fait sur elles des lotions tièdes. Van-Swieten et J. Frank vantent cette pratique, mais nous n'avons pas en sa faveur ces preuves qui entraînent la conviction, et qu'on demande si souvent en vain dans les questions de thérapeutique.

Il faut rapprocher de cette méthode des *bains simples* ou *émollients*, donnés dans le but de favoriser la chute des croûtes et de faire cesser les démangeaisons. Les *onctions* avec l'huile d'amandes douces, avec l'axonge, etc., sont utiles dans le même sens. Il ne faut pas oublier aussi d'empêcher, par tous les moyens possibles.

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 30 septembre 1852.

les malades de se gratter ; recommandation importante quand il s'agit d'un jeune enfant. Enfin il faut entretenir une grande propreté autour du malade.

Tels sont les moyens qui conviennent à cette espèce. Cependant si, au début, la fièvre était très intense, et la céphalalgie, ainsi que le lumbago, très vifs, on pourrait pratiquer *une ou deux saignées générales* sur un adulte robuste ; mais c'est un moyen qu'il ne faut employer qu'avec prudence. Les *sangsues à l'anus, aux pieds, au cou,* sont quelquefois prescrites lorsqu'il paraît y avoir une forte congestion vers la tête. Dans plusieurs cas où la période de suppuration s'accompagnait de délire violent, M. Aran (1) a prescrit avec succès des bains tièdes et des préparations opiacées. Des *gargarismes émollients opiacés, astringents*, sont opposés au mal de gorge, suivant sa plus ou moins grande acuité. M. Herpin (2) a réussi, dans un cas de variole confluente qui, ayant déterminé une éruption très forte dans l'arrière-gorge, rendait la déglutition impossible, à rétablir cette fonction à l'aide de la *cautérisation avec une solution de nitrate d'argent.*

3° *Traitement de la variole irrégulière, maligne, compliquée.* Ici je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit à propos de la scarlatine et de la rougeole dans les mêmes conditions ; aussi me bornerai-je à une simple indication.

Si les symptômes ataxiques prédominent, on a recours aux *antispasmodiques* (*castoréum, musc, camphre, assa fœtida*, etc.) ; si c'est l'adynamie, on donne les *toniques*, et en particulier le quinquina et les vins généreux ; s'il s'agit d'une *variole hémorrhagique*, on s'abstient de la saignée et l'on administre les *astringents* (la ratanhia en particulier), les boissons acidules et aussi les *toniques.* Si l'éruption se fait très mal, sans qu'on en trouve la cause dans une complication qu'on puisse combattre, on a proposé de recourir aux *excitants généraux*, à l'action d'une température élevée sur la peau, etc. Mais a-t-on réussi par ces moyens ? Voilà ce qu'il faudrait démontrer.

4° *Traitement de la variole compliquée.* Les *complications* ne demandent que des moyens bien connus du lecteur, car elles ne sont autre chose que des maladies particulières dont nous avons parlé dans les précédentes parties de cet ouvrage, et qui n'exigent pas d'autre traitement que celui qu'on leur oppose lorsqu'elles sont isolées. Il n'y aurait donc aucune utilité à insister sur ce point. D'ailleurs toutes ces médications qu'on a vantées comme efficaces dans les cas graves et compliqués ont-elles produit réellement les heureux effets qu'on leur attribue ? Où sont les faits concluants ? Tout se réunit donc pour m'engager à passer outre.

5° *Traitement préservatif.* Avant la découverte de la vaccine, on avait recours à l'*inoculation*, c'est-à-dire qu'on communiquait aux individus non atteints antérieurement par la maladie une variole qu'on cherchait à rendre la plus bénigne possible, en se plaçant dans les conditions suivantes : On prenait le pus variolique chez un sujet d'une bonne constitution et ne présentant qu'une variole discrète, sans aucune complication ; on opérait le sujet dans de bonnes conditions de santé, à moins qu'on ne redoutât l'influence épidémique, et l'on tâchait par là d'obtenir une variole bénigne. Quant à l'opération, elle est semblable à la vaccination, qui sera décrite plus tard. Je ne suis entré dans ces détails que parce que le praticien,

(1) *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1851.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1848.



pouvant se trouver sans vaccin dans des circonstances où il est nécessaire de prémunir les sujets contre la variole, ils ont encore un certain degré d'utilité. Toutes les fois qu'on peut se procurer du vaccin, on ne pense pas un seul instant à recourir à ce procédé, que quelques auteurs ont vivement attaqué, mais à tort, car il a, pendant un assez long temps, rendu de grands services, bien qu'il ne fût pas exempt d'inconvénients, comme tant d'autres moyens qu'on ne rejette pas pour cela.

Le moyen préservatif par excellence est la *vaccine*. Devant lui consacrer un article, je me borne à l'indiquer ici.

Quand on est surpris par une épidémie violente, soit qu'on puisse pratiquer la vaccination, soit, ce qui est bien rare, qu'on soit réduit à avoir recours à l'inoculation, soit enfin qu'on n'ait à sa disposition ni l'un ni l'autre de ces moyens, l'*isolement* est toujours nécessaire, alors même que les sujets pour lesquels on craint ont été vaccinés; on ne doit laisser auprès des malades que les personnes indispensables pour les soigner. Dans les cas sporadiques, il suffit d'éloigner d'eux les individus non vaccinés. Tout autre moyen préservatif est complétement illusoire.

Le traitement que je viens de présenter est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'en donner un résumé détaillé.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement abortif. Cautérisation; méthode ectrotique; emplâtre mercuriel; onctions mercurielles; collodion; vaccination à l'aide de nombreuses incisions (Eichorn); lotions froides; lames d'or, etc.

Traitement de la variole simple et régulière. Semblable à celui de la scarlatine pour les soins généraux; ouvrir les pustules, les absterger, appliquer sur elles les topiques émollients; bains simples dans la dessiccation; traitement des symptômes lorsqu'ils ont une intensité un peu plus grande qu'à l'ordinaire.

Traitement de la variole irrégulière, maligne, compliquée. Semblable à celui de la rougeole et de la scarlatine dans les mêmes conditions.

Traitement préservatif. Inoculation; vaccine; isolement.

ARTICLE III.

VARIOLOÏDE.

Aujourd'hui tout le monde convient que la varioloïde, regardée par quelques auteurs comme une affection particulière différente de la variole, n'est autre chose que la variole elle-même, offrant un haut degré de bénignité et plus ou moins modifiée dans sa marche et dans ses symptômes. Je n'ai pas, par conséquent, à en présenter une description détaillée, mais seulement à indiquer rapidement quelles sont les particularités qui la font différer un peu de la variole ordinaire.

La varioloïde a été désignée par quelques auteurs sous les noms de *variole bâtarde*, *adultérine*, *varicelle tronquée ; variole vaccinique*, *mitigée ; varicelle pustuleuse ; small-pox* (angl.).

Dans les premières années qui ont suivi la découverte de la vaccine, on ne croyait pas à l'existence d'éruptions varioliques après une bonne vaccination ; et comme c'est principalement après la vaccination que se manifeste la varioloïde, on regar-

dait celle-ci comme étant très peu fréquente. Mais, quelques années plus tard, les faits qui prouvaient l'existence d'une éruption variolique chez les vaccinés se multiplièrent, et la varioloïde se montra plus fréquemment ; il y a quelques années, enfin, ces faits sont devenus très nombreux, et aujourd'hui la grande fréquence de la varioloïde n'est plus contestée.

Ayant reconnu l'identité de nature de la variole et de la varioloïde, j'ai peu de chose à dire sur les *causes*. Le même virus les produit toutes les deux ; seulement la varioloïde se déclare en particulier chez les individus déjà vaccinés, ou qui ont eu une première attaque de variole. C'est surtout dans les épidémies qu'on voit un très grand nombre de sujets atteints de la varioloïde.

Symptômes. En général, les symptômes de la *période d'invasion* sont très légers ; quelquefois ils manquent ; rarement ils sont intenses. *L'éruption est remarquable* par le petit nombre de pustules, l'absence de gonflement et de rougeur érythémateuse étendue ; par le petit volume de ces pustules, leur prompt développement dans un certain nombre de cas ; par leur forme tantôt acuminée, tantôt au contraire déprimée ; et, dans un certain nombre d'entre elles, par un arrêt de développement qui fait que les unes restent papuleuses et les autres simplement vésiculeuses.

Mais la modification la plus importante est l'*absence de la fièvre de suppuration* et la prompte *dessiccation des pustules*, qui, parvenue en deux, trois ou quatre jours, à leur entier développement, se dessèchent du jour au lendemain, et se couvrent d'une petite croûte noirâtre qui ne tarde pas à tomber.

La maladie dure de six à douze jours. Aucun moyen actif de *traitement* ne doit lui être opposé, et l'on peut donner une alimentation rapidement croissante dès que la dessiccation s'est manifestée.

Je rattache à la varioloïde la plupart de ces affections désignées sous le nom de *fausses varioles*, de *varioles bâtardes*, etc. ; et si je dis seulement la plupart, c'est uniquement parce que, dans quelques cas, on a, par erreur de diagnostic, donné ces noms à des maladies de la peau qui n'avaient rien de commun avec la variole.

ARTICLE IV.

VARICELLE.

Si les auteurs sont unanimes pour regarder la varioloïde comme une variole modifiée, il n'en est plus de même quand il s'agit de la varicelle. Cependant les faits signalés par MM. Thomson, Bérard et Delavit (1) ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard, et les preuves deviennent chaque jour tellement convaincantes, que les objections adressées à cette manière de voir perdent de plus en plus de leur vivacité. Il me suffira donc, dans cet article, comme dans le précédent, de signaler les particularités que présente la varicelle, laissant de côté ce qu'elle a de commun avec la variole régulière.

La varicelle a été décrite sous les noms de *variolæ spuriæ*, *pemphigus varioloides ; chicken-pox*, *swine-pox*, *horn-pox nerles*, *hives* (angl.).

Comme la varioloïde, elle se montre principalement chez les sujets qui ont été

(1) *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle.* Montpellier, 1818.

bien vaccinés ou qui ont eu la variole. C'est surtout dans les épidémies de variole qu'on les voit apparaître.

Symptômes. Il y a deux variétés principales de varicelle qui présentent des symptômes particuliers. Je les passerai en revue après avoir dit un mot des symptômes communs.

Symptômes communs. Les symptômes de la *période d'invasion* sont les mêmes que ceux de la varioloïde : comme dans cette maladie, ils sont généralement très légers, rarement ils ont une intensité notable.

Symptômes des diverses variétés. — a. Varicelle à petites vésicules (*chicken-pox*). L'éruption est remarquable par les vésicules qui sont d'un petit volume, les unes acuminées, les autres aplaties, et dont le fluide, d'abord transparent, devient lactescent au bout de deux ou trois jours; par la démangeaison qui se manifeste à cette époque, et par la prompte dessiccation. Au bout de six ou sept jours, en effet, les vésicules se recouvrent de légères écailles brunâtres, qui tombent le neuvième ou le dixième jour. Pendant les deux ou trois jours de l'éruption, on voit des apparitions successives d'un certain nombre de vésicules, de telle sorte, que dans un point du corps on les trouve à l'état naissant, tandis que dans d'autres elles sont pleines de liquide transparent, et dans d'autres, flasques et lactescentes, ou déjà en dessiccation.

b. Varicelle à vésicules globuleuses (*swine-pox*). La seule différence qu'il y ait entre cette variété et la précédente, c'est que les vésicules sont plus grosses et se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide ; et comme, d'un autre côté, la démangeaison est vive, les malades crèvent souvent ces vésicules, en se grattant ; de sorte qu'il en résulte des croûtes plus larges, qui persistent plus longtemps, et laissent parfois après elles des cicatricules.

On a encore décrit d'autres variétés de varicelles. Les principales sont la *varicelle papuleuse ou verruqueuse* (*horn-pox nerles, varicella solidescens*), et la *varicelle globuleuse proprement dite* (*hives*) ; mais elles ne méritent pas de description particulière.

La maladie dure huit ou neuf jours ; elle peut se prolonger un peu plus longtemps si les vésicules sont rompues.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui de la varioloïde.

ARTICLE V.

VACCINE.

Dans cet article, je me propose principalement de discuter les grandes questions qui ont été agitées dans ces dernières années, et qui ont, en dernier lieu, été l'objet d'un concours devant l'Académie des sciences et d'un rapport important de M. Serres (1). C'est, en effet, la solution de ces questions qui intéresse le plus le praticien. Mais, avant de les aborder, je tracerai en peu de mots la description de la vaccination et de la vaccine.

La grande découverte de Jenner était déjà répandue dans le monde entier, lorsqu'on trouva dans l'Inde et dans l'Amérique du Sud des traces anciennes de vac-

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. XX, 1845.

nation. On s'est, en outre, souvenu que, dans le pays même où Jenner fit ses expériences, des observateurs avaient remarqué que l'inoculation accidentelle du cow-pox, chez des sujets qui trayaient des vaches, était un préservatif contre la variole; mais qu'était-ce que ces connaissances perdues dans quelques points du globe? C'est à celui qui, ignorant complétement les tentatives faites avant lui, a tiré des faits qu'il observait des déductions rigoureuses, et a érigé la vaccination en méthode générale, c'est à Jenner que revient tout l'honneur de la découverte.

Ce fut en 1798 que Jenner publia le résultat des recherches qu'il avait faites les années précédentes (1); et, bientôt après, la vaccination fit des progrès rapides. En 1800 fut établi en France un comité de vaccine, dont le secrétaire, Husson, montra le plus grand zèle, et qui contribua beaucoup à répandre la nouvelle méthode. Dès ce moment, en effet, elle commença à pénétrer plus ou moins promptement dans tous les pays. Aujourd'hui il est peu de contrées, même parmi les plus barbares, où elle soit inconnue.

Le nombre des écrits publiés sur la vaccine est immense. Une simple indication demanderait un espace considérable; je n'entreprendrai pas de la donner. Ceux qui voudront avoir l'historique le plus complet sur ce point le trouveront dans l'ouvrage de M. Steinbrenner (2). Dans le cours de cet article, je signalerai les travaux qu'il nous importe le plus de connaître.

§ I. — Définition.

La vaccine est une maladie éruptive, pustuleuse, fébrile, transmise primitivement à l'homme par l'inoculation du *cow-pox*, pustule qui se développe sur les trayons des vaches.

§ II. — Vaccination.

La vaccination est cette inoculation qui communique la maladie de la vache à l'homme, et ensuite de l'homme vacciné à l'homme non vacciné. Dans sa description, je vais passer en revue la *conservation du vaccin*, les *conditions dans lesquelles doivent se trouver et le sujet sur lequel on prend le vaccin et celui qu'on vaccine*, enfin le *procédé opératoire*.

a. *Conservation du vaccin.* Différents procédés ont été mis en usage pour la conservation du vaccin.

Jenner prenait une plaque de cristal poli ayant dans son milieu une petite fossette d'une capacité telle, qu'elle pouvait contenir tout le fluide d'un bouton vaccinal; il la remplissait de manière que le fluide fît une légère saillie; il humectait une autre plaque de cristal avec le liquide vaccinal, en la posant sur le bouton ouvert, et l'appliquait ensuite sur la première. La difficulté de ne pas enfermer une bulle d'air avec le vaccin a fait généralement renoncer à ce procédé.

Un autre procédé consiste à imbiber un morceau de coton ou de charpie de fluide vaccinal et à le renfermer, soit entre deux plaques de verres bombées, soit dans un cylindre creux fait avec de la cire et placé entre deux lames de verre (Kreyzig).

(1) *Rech. sur les causes et les effets de la vaccine.* Londres, 1798, trad. par Delaroque, Lyon, 1800.
(2) *Traité de la vaccine*, etc. Paris, 1846.

M. Bretonneau fait pénétrer le vaccin dans des tubes capillaires, dans lesquels il le fait monter par l'action de la capillarité, et ferme ensuite les deux extrémités en les fondant à la lampe.

M. Fiard se sert de tubes d'un demi-millimètre de diamètre, terminés par une petite ampoule. Il raréfie l'air de celle-ci par la chaleur de la main ou de la bouche, puis applique l'extrémité du tube sur le bouton ouvert; on découvre l'ampoule, l'air s'y condense et le fluide y est attiré.

Ces moyens sont bons, et, en les employant, on a conservé très longtemps le vaccin; mais ils demandent des instruments particuliers qu'on n'a pas toujours, et offrent quelques difficultés. Les suivants sont beaucoup plus simples et beaucoup plus généralement employés.

Pour conserver le vaccin, il suffit, après avoir divisé le bouton en plusieurs points, et lorsque le liquide se montre en gouttelettes, d'y appliquer successivement les deux faces de la lame d'une lancette, puis de fermer la lancette, en ayant soin de produire l'écartement des chas, à l'aide d'un petit linge ou d'une bandelette de papier roulé autour du talon de l'instrument. On a pu en conserver sur des pointes d'ivoire ou d'écaille, et même sur des plumes taillées en cure-dents. Ce procédé est suffisant lorsqu'on ne veut pas garder le vaccin très longtemps. Cependant on a pu en envoyer ainsi à des distances qui exigeaient des voyages de longue durée.

Un moyen plus simple encore, et avec lequel on peut conserver du vaccin plus longtemps, consiste à poser successivement sur le bouton ouvert deux petites plaques de verre qu'on applique ensuite l'une contre l'autre, en ayant soin que les parties humectées se correspondent. On les enveloppe ensuite d'une feuille d'étain.

Enfin, on peut garder des croûtes vaccinales tombées naturellement au dix-huitième ou vingtième jour de boutons restés intacts.

De tous ces procédés, celui qui consiste à enfermer le vaccin dans deux plaques de verre est le plus simple; en outre, il conserve bien la matière vaccinale, et, par conséquent, il doit être préféré. Cependant, si l'on voulait conserver le vaccin pendant très longtemps, les tubes capillaires de M. Bretonneau et le tube à ampoule de M. Fiard seraient préférables. On comprend que ces détails étaient nécessaires, car des précautions qu'on prend dépend souvent le succès de ces petites opérations.

b. Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet chez lequel on prend le vaccin. On prend ordinairement le vaccin chez des enfants forts, vigoureux et ne présentant aucune espèce de maladie; cependant on a vu du vaccin pris chez des enfants chétifs produire une très belle vaccine. En temps d'épidémie, on n'hésiterait pas à prendre du vaccin chez un sujet faible et même malade, pourvu que sa maladie ne fût pas contagieuse, bien que les intéressantes recherches de M. Taupin aient prouvé que, même dans ces cas, la maladie concomitante ne se communique pas, et la vaccine est ordinairement très belle. Avant tout, en effet, il faut préserver d'une affection épidémique souvent funeste. On a dit que, pour vacciner les adultes, il valait mieux prendre le vaccin chez d'autres adultes; mais rien n'est moins prouvé.

Le sujet doit présenter une vaccine peu avancée (du quatrième au huitième

jour de l'éruption); les pustules doivent être intactes, autant que possible, et le liquide doit être transparent et assez visqueux pour que le bouton ne s'affaisse pas rapidement, après la piqûre, par suite de l'écoulement brusque du vaccin.

Suivant M. Dubois (d'Amiens), qui a fait des recherches intéressantes sur le liquide vaccinal (1), ce liquide doit être transparent et cristallisé; mais MM. Fiard et Bousquet ont reconnu que cette condition n'est pas indispensable, et que du vaccin louche et non cristallisé peut très bien s'inoculer.

Toutes ces précautions, je dois le dire d'une manière générale, ont une certaine importance; mais on ne doit y tenir que lorsqu'on a à sa disposition un nombre assez considérable de sujets vaccinés, et lorsqu'on n'est menacé par aucune épidémie. Dans le cas contraire, il faut se garder de les considérer comme indispensables.

c. Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet que l'on vaccine. La vaccination est ordinairement pratiquée chez les enfants : elle réussit mieux chez eux qu'à tout autre âge. A une époque trop rapprochée de la naissance, les conditions sont moins favorables qu'à deux ou trois mois. Avant cet âge, les enfants sont trop faibles, la fièvre vaccinale peut avoir chez eux des inconvénients, les pustules se développent généralement moins bien, et comme, d'un autre côté, la variole est très rare dans les premiers mois, il y a avantage à attendre. En temps d'épidémie violente, ces considérations ont moins de valeur.

En temps ordinaire, on doit chercher à ne vacciner les sujets que dans de bonnes conditions de santé; cependant la débilité de l'économie et l'existence des maladies chroniques ne doivent pas absolument arrêter. En temps d'épidémie, il faut vacciner indistinctement tous les sujets non vaccinés, même ceux qui ont des maladies aiguës graves.

Pour les *revaccinations*, dont je parlerai plus loin, il faut, en temps ordinaire, les pratiquer de 12 à 15 ans après la première vaccination; en temps d'épidémie, on doit recourir à cette opération chez tous les sujets qui le désirent. Cependant, après l'âge de 30 ans, ce préservatif devient beaucoup moins nécessaire.

On évite généralement, hors les temps d'épidémie, de pratiquer la vaccination pendant les grands froids et les grandes chaleurs. Sauf ces exceptions, toutes les époques de l'année sont bonnes. Il est inutile de préparer les sujets par la diète, les purgatifs, les saignées, les bains. Si la peau est rugueuse, on peut néanmoins donner un ou deux bains.

d. Procédé opératoire. On a mis en usage plusieurs moyens : il n'en est que trois qui méritent d'être mentionnés. Les deux premiers sont le *vésicatoire* et l'*incision :* ils sont abandonnés; l'incision est seulement employée quelquefois dans les cas de variole imminente (2) : je n'en parlerai pas ici. Le troisième est universellement mis en usage; il consiste dans l'*inoculation par piqûre*, que l'on pratique ainsi qu'il suit :

L'*instrument* dont on doit se servir est une lancette ordinaire, à grain d'orge ou à grain d'avoine. Une aiguille à coudre, une aiguille d'or, une aiguille aplatie

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1838, t. II, p. 595.
(2) *Procédé Eichorn*, Voy. art. *Variole*.



et cannelée peuvent servir au besoin, mais ne présentent pas de plus grands avantages.

Le *lieu d'élection* pour l'inoculation est le bras à sa partie externe et supérieure. Cependant toutes les parties du corps peuvent recevoir la vaccination.

« Le procédé opératoire, disent Guersant et M. Blache, à qui j'emprunte la description suivante, varie suivant que le vaccin qu'on emploie est liquide ou qu'il est desséché.

» *Dans le premier cas*, l'opérateur, après avoir préalablement chargé l'instrument de virus vaccin, saisit postérieurement avec la main gauche le bras du sujet; il tend exactement la peau, et avec la main droite pratique la piqûre en introduisant l'instrument sous l'épiderme, dans une direction qui peut être ou légèrement oblique, ou verticale, ou mieux horizontale. Il laisse séjourner un instant la pointe de l'instrument dans la petite plaie, et la retire en lui faisant exécuter de légères oscillations, de manière à bien impreigner de virus la petite solution de continuité. Certains médecins, pour faciliter l'absorption du virus insèrent à plusieurs reprises la lancette dans la même piqûre; d'autres la retournent sens dessus dessous, ou bien ne la retirent qu'en appuyant le doigt sur le lieu de la piqûre, comme pour l'y essuyer. Mais toutes ces précautions, un peu minutieuses, sont loin d'être nécessaires, et l'on peut sans inconvénient s'en affranchir, pour peu qu'on ait l'habitude de vacciner. On doit éviter autant que possible de faire écouler du sang en faisant des plaies trop profondes. En effet, ce liquide, quand il sort abondamment, peut entraîner le vaccin avec lui. Il est cependant assez difficile d'empêcher une effusion de sang assez grande quand on vaccine des enfants indociles et pleureurs : la peau s'injecte sous l'influence des cris et de l'agitation, et à peine peut-on effleurer la peau sans faire couler le sang. En pareil cas, on doit avoir soin de pratiquer des piqûres très superficielles. Nous devons néanmoins rassurer les praticiens contre les suites possibles d'un pareil accident, et nous dirons que nous avons vu plusieurs fois, ainsi que M. Bousquet (1) des boutons-vaccins se développer régulièrement et avec une grande activité, dans des cas où la lancette avait pénétré à une très grande profondeur dans la peau et les muscles du bras. La même lancette une fois chargée peut servir à pratiquer deux ou trois piqûres de suite, surtout quand on les fait très superficielles et avec une grande promptitude. Il nous paraît toutefois plus avantageux, pour le succès de l'opération, d'essuyer et de laver l'instrument après chaque piqûre, et de charger de nouveau.

» *Lorsque l'humeur vaccinale est renfermée dans des tubes capillaires*, on casse les deux extrémités du tube, on adapte à l'une d'elles un tuyau de paille ou un très petit tube de verre en forme d'entonnoir, et l'on applique l'autre sur une lame de verre; on souffle très doucement dans cette paille de façon qu'il reste environ deux ou trois millimètres de vaccin dans le tube. Cette dernière précaution est indispensable; car si on la négligeait, il pourrait se faire que l'air insufflé altérât le virus et diminuât son efficacité. Lorsque le vaccin est descendu sur la lame de verre, on l'y reprend avec la lancette, et on l'inocule comme dans la vaccination de bras à bras. On peut aussi prévenir l'altération du fluide-vaccin par le

(1) *Nouv. traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*. Paris, 1848, p. 158.

contact de l'air insufflé, en cassant d'abord les deux extrémités du tube, et en divisant ensuite la partie moyenne en deux parties égales, à l'aide du bord aigu d'une pierre à fusil. On a de cette manière deux espèces de petits godets, dans chacun desquels on puise facilement le vaccin avec la pointe de la lancette. Quand on veut se servir du vaccin conservé dans les tubes proposés par M. Fiard, il suffit de briser la pointe et de réchauffer l'ampoule; le vaccin s'échappe bientôt du tube par le seul effet de la dilatation de l'air : on le reçoit alors sur une plaque de verre ou sur la lancette elle-même.

» *Si le vaccin qu'on doit employer est desséché sur des plaques*, on ne doit retirer les verres de la feuille d'étain qui les enveloppe qu'au moment même de s'en servir. On délaie le vaccin avec une très petite goutte d'eau ou de salive : on agite quelques minutes la solution avec la pointe de la lancette, jusqu'à ce qu'on n'y rencontre aucune partie solide, aucun grumeau, et que le mélange ait acquis une consistance mucilagineuse, on en charge ensuite la pointe de l'instrument, et l'on procède à l'insertion comme il a été dit plus haut. Lorsque le vaccin a été desséché sur des fils, on les place sur une petite plaque de verre, et, à l'aide d'une petite goutte d'eau froide, on délaie la matière vaccinale comme il a été indiqué ci-dessus. Si l'on fait usage d'un morceau de linge imprégné de vaccin, il suffit de frotter à plusieurs reprises sur ce linge la lancette humectée d'eau, et elle se charge ainsi du virus. Quand on emploie des lancettes non oxydables, d'or, d'écaille ou d'ivoire, etc., on conseille de faire la piqûre avec une lancette ordinaire, et d'insérer ensuite dans la plaie la lacette chargée du vaccin desséché. Peut-être serait-il plus convenable de délayer préalablement le vaccin sec ; on éviterait ainsi les insuccès qui sont ordinairement le résultat de ce mode d'inoculation. Quand on se sert des croûtes vaccinales, il faut avoir bien soin d'enlever, comme le recommande Sacco (1), une lamelle très mince, résultat de la dessiccation d'une goutte de pus formée au centre de la pustule. Cela fait, on délaie la croûte avec un peu d'eau froide, jusqu'à son entière dissolution, et l'on procède à la vaccination comme nous venons de l'indiquer. On a proposé aussi de se servir, et de la manière suivante, des croûtes réduites en poudre fine : on prend une petite lancette cannelée à laquelle est adapté un ressort qui pousse le long de la cannelure jusque sous l'épiderme la poudre vaccinale qui y est déposée. La plupart des vaccinateurs s'accordent à reconnaître l'infidélité de ce moyen, d'ailleurs à peu près inusité aujourd'hui.

» On n'a besoin d'appliquer aucun appareil sur le bras des sujets vaccinés; on laisse sécher les petites plaies, et l'on évite seulement ensuite de les mettre en contact avec de la laine ou des chemises d'un tissu trop grossier, de tenir le bras serré dans un vêtement trop étroit. Il n'est pas plus nécessaire de faire suivre un régime aux sujets inoculés, de les empêcher de quitter leur lit ou de prendre l'air au dehors, à moins que la température extérieure ne soit très basse. La vaccine se développe sans qu'on ait besoin de recourir à toutes ces précautions. S'il survient un mouvement fébrile au huitième ou dixième jour, et que l'accès inflammatoire soit trop intense, on diminuera la quantité des aliments et l'on prescrira quelques boissons rafraîchissantes. Dans le cas où les pustules viendraient à s'ulcérer, on

(1) *Traité de vaccination*, trad. par J. Daquin. Paris, 1813, p. 222.

emploiera les émollients et les moyens propres à hâter la cicatrice. Mais si l'ulcération a lieu avant le septième jour, il sera prudent de procéder plus tard à une nouvelle vaccination ; car il y a lieu de craindre que la première ne soit pas préservative. Quant à l'usage des purgatifs après la vaccination, il est plus sage d'y renoncer, à moins d'indications très évidentes ou de complications qui puissent en motiver l'utilité. »

§ III. — Degré d'efficacité de la vaccine.

Pour sujet du concours qui fut jugé par l'Académie des sciences en 1845, les cinq questions suivantes avaient été posées : 1° La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou temporaire? 2° Le cow-pox est-il supérieur au vaccin ordinaire? 3° Faut-il renouveler le vaccin? 4° L'intensité des symptômes locaux du vaccin a-t-elle une importance réelle? 5° Les revaccinations sont-elles utiles? quelle est l'époque où elles le deviennent? En y réfléchissant, on verra que la solution de ces cinq questions doit renfermer tout ce que le praticien a besoin de savoir relativement à la vertu préservatrice de la vaccine; et comme j'ai eu occasion (1), à propos de l'ouvrage de M. Steinbrenner, de traiter avec soin ces questions précisément au point de vue qui nous occupe, il me suffira de reproduire ici les principaux passages de ce travail.

1° *La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou temporaire?* « L'observation des épidémies, dit M. Steintrenner, nous prouve qu'il y a des vaccines qui sont et restent un préservatif aussi parfait que la variole elle-même. Cette même observation des faits nous révèle en outre que le nombre des vaccines véritablement et constamment préservatrices a toujours été bien supérieur au nombre de celles qui ne le sont pas, mais dans l'épidémie de Marseille, qui n'a pas encore été égalée pour la gravité et pour l'intensité, depuis la généralisation des vaccinations, on a compté sept fois et demie plus de vaccinés âgés de 10 à 30 ans chez lesquels la vaccine s'est montrée préservatrice, qu'on n'a vu de vaccinés du même âge chez lesquels la préservation a fait défaut. Dans d'autres épidémies moins intenses, la proportion des préservés est restée encore bien plus élevée, et aujourd'hui il y a déjà un grand nombre de vaccinés qui ont dépassé l'âge de 30 à 35 ans, et qui ont passé par des épidémies répétées de variole sans éprouver aucune influence pernicieuse : de sorte que leur vaccine peut être regardée comme définitivement préservatrice, parce qu'elle les a protégés jusqu'à cette limite de l'âge où le danger de la variole s'évanouit de lui-même. Il faut donc admettre (et c'est un grand sujet de tranquillité) que la grande majorité des vaccinés se trouve réellement préservée de la variole; mais en même temps nous ne pouvons nous dissimuler qu'une minorité d'un chiffre imposant ne jouit pas des mêmes bénéfices d'une vaccine également présumée bonne. Le danger est assez réel pour éveiller de justes sollicitudes et faire craindre la variole à chaque vacciné. »

Puis, recherchant les causes de cette non-préservation, M. Steinbrenner trouve d'abord l'absence de réaction générale après la vaccination, bien que les pustules se soient montrées avec tous leurs caractères; en second lieu, le non-développement de ce que l'auteur appelle la *réceptivité*, au moment où l'on a vacciné l'en-

(1) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1846.

fant, réceptivité qui pourra se produire plus tard ; ensuite certains états de l'organisme, certaines maladies qui ont pu s'opposer à l'inoculation, et qui plus tard, disparaissant, laissent le malade exposé à la contagion ; enfin l'insuffisance, chez un certain nombre de sujets, d'un virus-vaccin affaibli.

Ainsi, dans presque tous ces cas (et c'est là un point très important pour la pratique), il est impossible de reconnaître si la vaccine est ou n'est pas préservatrice, et rien n'autorise à admettre que la réceptivité, pour nous servir de l'expression employée par l'auteur, a été détruite et s'est reproduite ensuite. Nous voilà déjà bien loin, comme on le voit, de l'opinion de Heim et de beaucoup d'autres auteurs allemands qui veulent que la vaccine n'ait jamais qu'une vertu préservatrice temporaire ; cependant il est des cas (et l'on en a cité un certain nombre) dans lesquels, la vaccine ayant été tout à fait normale, au bout d'un certain temps, qui est ordinairement de plus de dix ans, la variole a été contractée. Mais après toutes les explications que nous venons de donner, combien devient faible la proportion de ces cas, et combien doivent diminuer les craintes que les publications de quelques médecins avaient pu faire concevoir ! Elles doivent d'autant plus diminuer, que jusqu'à présent nous avons uniquement parlé de la possibilité de l'apparition de la variole ou de la varioloïde chez les vaccinés, et non de la mortalité ; que si nous envisageons la question sous ce point de vue, nous voyons que la préservation procurée par une première vaccination, bien qu'incomplète, n'existe pas moins à un certain degré, puisque, chez les sujets affectés après vaccine, la mortalité a été beaucoup moins grande, et que si la vaccination n'a pas pu empêcher la contagion, du moins elle a eu encore une influence marquée sur l'intensité de l'affection et sur sa terminaison. Cette influence est ordinairement telle que la maladie ne peut même pas être considérée comme sérieuse.

Ainsi se trouve successivement réduit à une assez faible expression le danger que courent les vaccinés, et qu'on aurait pu croire immense d'après les écrits des partisans des revaccinations. Cependant le danger existe pour quelques uns, et il est très réel, puisqu'on a vu des sujets affectés d'une variole mortelle après avoir été vaccinés. Or, pour le praticien, il suffit qu'un seul sujet puisse succomber par suite d'une atteinte de la variole après une bonne vaccine, pour que sa sollicitude soit éveillée. A ce titre, les recherches des médecins qui ont recommandé les revaccinations ont une valeur incontestable, et personne ne doit les ignorer, surtout en temps d'épidémie, où, comme chacun sait, cette cause mystérieuse dont nous ne connaissons que les fâcheux effets, acquiert une puissance incomparablement plus grande, et peut frapper par conséquent des individus qui auraient résisté dans des temps ordinaires. Mais ce qu'on ne doit pas craindre de répéter, et ce qu'il y a de certain d'après les relevés faits par M. Steinbrenner, c'est que les assertions des revaccinateurs, et en particulier celle du docteur Heim, assertions de nature à effrayer les populations, sont empreintes de la plus grande exagération, et qu'elles généralisent ce qui n'est vrai que pour un nombre limité de cas. Nous pouvons maintenant le soutenir hardiment, parce que les faits sont là : non, il n'est pas vrai de dire que, par suite de l'épuisement de la vertu préservatrice de la vaccine chez un nombre immense d'individus, les populations soient menacées de nouveau de ces terribles épidémies de variole qui décimaient les générations avant notre siècle. Les populations n'auront rien à craindre de semblable, tant que la vaccine conti-

nuera à être inoculée avec le même soin. On pourra voir des épidémies partielles, parce que malheureusement encore il y a partout des foyers de non-vaccinés qui perpétuent la maladie ; des vaccinés seront encore, au milieu de ces épidémies, et même isolément, atteints de la variole, comme on voit des sujets être affectés une seconde fois de cette maladie, mais ce sont là des accidents qui tendent à devenir de plus en plus rares et de moins en moins redoutables.

En d'autres termes, il ne s'agit plus en réalité d'une question d'hygiène publique, mais bien d'une question de pratique particulière. Chaque médecin doit se tracer une ligne de conduite d'après les faits que nous avons cités ; mais la revaccination des populations en masse, bien qu'elle n'ait aucun inconvénient, que même elle doive avoir des avantages incontestables *pour un petit nombre de sujets*, n'est plus un objet de première, de rigoureuse nécessité pour la société, comme le prétendent quelques médecins.

2° *Le cow-pox est-il supérieur au vaccin ordinaire?* Il est certain que la lymphe vaccinale, prise sur la vache elle-même, produit des effets locaux et généraux beaucoup plus marqués que le vaccin qui a déjà servi à plusieurs générations ; rien ne paraît, par conséquent, plus naturel que de regarder ce dernier comme doué d'une vertu préservatrice moins puissante. Mais à cette présomption, à peu près, s'arrête tout ce que nous savons sur ce point (1). Si l'on examine les faits, on voit que dans plusieurs pays des revaccinations ont aussi bien réussi chez des sujets vaccinés avec le virus renouvelé que chez ceux qui l'avaient été avec le virus ancien. Un seul fait appuie d'une manière assez solide cette opinion de l'affaiblissement du virus en passant à travers les générations : c'est que la proportion moyenne des revaccinations faites avec succès sur des sujets de vingt à vingt et un ans, de 1833 à 1839, a été tous les ans en croissant, ce qui porte à admettre qu'aux années correspondantes, dans lesquelles ces sujets ont été vaccinés, la puissance du virus allait en s'affaiblissant d'année en année (2).

3° *Faut-il renouveler le vaccin ?* On ne saurait regarder les faits précédents comme des démonstrations aussi rigoureuses qu'on a paru le croire, mais ce sont assurément des présomptions suffisantes pour qu'on renouvelle le vaccin aussi souvent qu'on pourra le faire. On doit, du reste, engager les médecins, bien placés pour cela, à ne négliger aucune occasion d'éclairer cette importante question. Quant à savoir par quels moyens il convient de renouveler le vaccin, rien n'est plus facile, d'après les remarques de M. Steinbrenner sur la fréquence du cow-pox chez les vaches. C'est au cow-pox qu'il faut avoir recours ; ce moyen sera plus que suffisant avec une bonne organisation des comités de vaccine. Il dépend donc de l'administration que le vaccin conserve toujours au plus haut degré sa vertu préservatrice.

4° *L'intensité des symptômes locaux du vaccin a-t-elle une valeur réelle?* Il résulte des faits très nombreux rassemblés par M. Steinbrenner, qu'il n'y a pas un

(1) Comparez Bousquet, *Mém. sur le cow-pox découvert à Passy* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1836, t. V, p. 600). — Fiard, *Expériences comparatives sur la durée du vaccin* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1844, t. X, p. 139).

(2) Voy. la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. III, p. 6 et suiv.). — *Mémoire sur les revaccinations*, par J. Sédillot (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. VIII, p. 568 et suiv.).

apport intime entre l'intensité des phénomènes locaux et la vertu préservatrice de a vaccine, et qu'au contraire ce rapport avec les symptômes généraux est évident.)r, à ce sujet, je ne peux m'empêcher de citer la pratique de Bryce (1), qui était léjà arrivé à une semblable conclusion. Cet auteur, en effet, divisait les pustules le la vaccine en *locales* et en *constitutionnelles*. Ces dernières, dont l'apparition st accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, sont, d'après lui, eules préservatrices. Si ce mouvement fébrile était toujours suffisamment marqué, il n'y aurait qu'à constater son existence ou sa non-existence pour savoir i la vaccine est bonne; mais il n'en est pas toujours ainsi, et Bryce propose un noyen qui, dans tous les cas, fait reconnaître si les pustules sont ou ne sont pas constitutionnelles. Ce moyen consiste dans une deuxième vaccination pratiquée quatre, cinq ou six jours après la première. Si la première vaccine a développé 'effet constitutionnel, les vésicules produites par la seconde vaccination parvienlront à leur point de maturité en même temps que les autres. De cette manière, en pratiquant trois piqûres sur le bras droit le premier jour, et trois autres, six jours après, sur le bras gauche, ces dernières devront parcourir rapidement leur période, et se dessécheront en même temps que les premières. Ainsi, la durée de ces dernières étant de treize à quatorze jours, celle de la seconde vaccination serait de huit à neuf jours.

Ce moyen peut être utile dans les cas où il est nécessaire de s'assurer promptement si la vaccination a réussi ou non, c'est-à-dire dans les temps d'épidémie.

5° *Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne* (revaccination), *et, dans le cas d'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations?* Voici comment j'ai résolu cette question, qui est celle qu'on peut considérer comme la conséquence de toutes les autres, et qui est la question éminemment pratique : « Si l'inoculation du vaccin n'a rien produit chez un sujet, on doit répéter la vaccination à d'assez courts intervalles, un an, par exemple, jusqu'à ce que l'on ait obtenu un résultat. Si cette inoculation n'a pas produit de réaction, de symptômes généraux, on doit se défier de sa vertu préservatrice, et l'on doit recourir à de nouvelles vaccinations, sans craindre de les faire à des intervalles peu considérables, parce que cette pratique ne peut avoir aucun inconvénient. Cependant si une seconde vaccination n'avait aucun résultat, on serait autorisé à attendre un certain nombre d'années (de cinq à dix) avant de recourir à une autre. En temps d'épidémie, néanmoins, il n'en serait pas ainsi, car alors on devrait se hâter d'inoculer de nouveau le vaccin. Si, sous quelque rapport que ce soit, la vaccine a présenté une anomalie quelconque, on ne doit pas hésiter à agir comme si la vaccination n'avait été suivie d'aucun résultat. Ces mesures nous paraissent dictées par la prudence, et l'on ne voit pas pourquoi on se refuserait à les prendre, puisque ce sont là des tentatives tout à fait innocentes.

» Reste maintenant la partie la plus délicate de la question. Nous prenons le cas où un individu ayant été vacciné, la vaccine a suivi sa marche normale; un nombre suffisant de pustules se sont développées, et il y a une réaction générale bien évidente. Quelle doit être la conduite du médecin relativement à la revac-

(1) *Pract. obs. on the inoc. of cow-pox.* Edinburgh, 1809.

cination? Dans les temps ordinaires, lorsque aucune épidémie ne menace, on peut être dans une grande sécurité; cependant, comme il ne s'agit pas pour le praticien de considérer les populations en masse, et que, quelque faible que soit la probabilité de la contagion chez un sujet en particulier, on peut craindre qu'il ne se trouve dans la petite catégorie des individus menacés, il n'est pas possible de blâmer celui qui, par excès de prudence, soumettrait à la revaccination les sujets revaccinés déjà depuis huit ou dix ans. Dans les cas d'épidémie, nous pensons, d'après ce qui a été dit plus haut, que les revaccinations doivent être aussi nombreuses que possible, même chez les sujets qui ont présenté la vaccine la plus normale. Il n'y a, en effet, aucun inconvénient à revacciner inutilement, et l'on aurait de grands regrets si, faute d'avoir pris cette mesure, on voyait succomber un seul individu. Ce sont des essais qui peuvent avoir un résultat utile, et dès lors on ne doit pas les négliger. »

Après avoir ainsi résolu ces grandes questions pratiques, il me reste peu de chose à ajouter. Je dirai seulement, d'après le docteur Sacco (1), que, du huitième au onzième jour, l'effet préservatif du vaccin a lieu dans presque tous les cas, et que, passé le treizième jour, tous les sujets sont préservés, si la vaccine est bonne. Mais il est probable que l'effet a lieu plus tôt, et que, s'il a paru en être autrement dans les cas cités par Sacco, par le comité de vaccine et par M. Taupin, c'est que la vaccine n'était pas toujours légitime; car, en cautérisant les pustules à l'époque même de leur apparition, M. Bousquet (2) a vu que l'effet préservatif a également lieu, et qu'il se produit pendant la période d'incubation.

LIVRE DIXIÈME.

Fièvres.

Il y a quelques années à peine, il eût semblé ridicule de s'occuper des fièvres. La fièvre n'était plus qu'un symptôme auquel il fallait trouver une lésion correspondante; on n'admettait pas qu'elle pût constituer une maladie. Aujourd'hui de semblables idées ne peuvent plus avoir cours; une observation plus exacte que celle à laquelle on s'était livré aux époques antérieures les a détruites complétement. Nous reconnaissons l'existence de fièvres dont plusieurs ont pour caractères anatomiques des lésions particulières, mais dont quelques unes n'offrent rien de semblable à notre investigation. Je n'entrerai dans aucune discussion à ce sujet. Je sais qu'on a dit qu'il ne pouvait pas y avoir de symptômes sans lésion d'organe, et que par conséquent on ne saurait admettre de fièvres essentielles. C'est là une subtilité; du moment que nous ne pouvons d'aucune manière découvrir cette lésion, il faut nécessairement admettre l'existence de quelque chose de plus que ce que nous voyons, d'une action générale qui nous échappe

(1) *Traité de vaccination.*
(2) *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses.* Paris, 1848, p. 518.

et qui produit la fièvre. Il en est qui ont voulu ne voir dans les fièvres qu'une réunion de lésions de fonctions et d'organes, sans lien commun qui les unisse, sans action générale qui les domine; cette opinion ne mérite pas d'être discutée sérieusement. Il suffit de voir que chacune des maladies qui constituent les fièvres a une physionomie propre, une marche particulière, une succession de symptômes différente, et de s'assurer que celles qui ont des lésions caractéristiques sont complétement dissemblables les uns des autres sous ce rapport, pour reconnaître combien de telles idées sont erronées. Je ne signalerai pas d'une manière générale les auteurs qui se sont occupés des fièvres; je les ferai connaître en parlant de chacune de ces maladies en particulier.

ARTICLE Ier.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE (*courbature*).

La fièvre éphémère, ou courbature, a été connue de tous les temps. C'est une affection commune très légère, qui n'exige pas de moyens thérapeutiques énergiques, et qui ne demande qu'une très courte description. M. Davasse (1) a fait de la fièvre éphémère et de la *fièvre synoque* le sujet d'un mémoire intéressant qui nous sera utile pour la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le non de *fièvre éphémère* à une maladie caractérisée par un mouvement fébrile survenant brusquement et disparaissant au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, rarement au bout de trois jours. Dans ce dernier cas, on lui donne le nom de *fièvre éphémère prolongée.*

§ II. — Causes.

Cette affection attaque principalement les *enfants* et les *jeunes gens;* elle se manifeste dans toutes les saisons, mais surtout au printemps.

Les *causes déterminantes* les plus manifestes sont, suivant les observations de M. Davasse, qui confirment sous ce rapport ce que nous apprend l'observation journalière, les *exercices violents et inaccoutumés*, les *écarts de régime*, les vives *émotions*, les plaisirs immodérés, les brusques *variations de température*, l'exposition au *mauvais temps*, ou bien au contraire à un *soleil ardent.* Il reste à faire un travail rigoureux pour nous apprendre le degré précis d'influence de ces diverses causes.

§ III. — Symptômes.

Dans quelques cas, le *début* est marqué par un léger malaise, un peu de céphalalgie et de lassitude, et quelques horripilations. Plus ordinairement la maladie débute brusquement par ses symptômes caractéristiques, qui sont les suivants :

Il y a un *sentiment de fatigue et de prostration* qui va rapidement croissant. Un brisement plus ou moins marqué se fait sentir dans les lombes et dans les membres. Les mouvements sont douloureux. La pression sur les diverses parties du corps développe une douleur contusive.

(1) Thèse. Paris, 1847.

On observe rarement un *frisson* marqué, mais presque toujours il y a une assez grande *sensibilité au froid*.

Du côté des *voies digestives*, on trouve la *perte de l'appétit*, une *soif* rarement intense. La *langue* est souple, humide, couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre. Le *ventre* est indolent, les selles sont naturelles, ou bien il y a une constipation légère.

La *céphalalgie* persiste et est parfois considérable. On note toujours la pesanteur de tête. La *face* reste naturelle, sans hébétude. Les malades sont portés au sommeil. Dans les cas les plus intenses, et surtout chez les enfants, il survient des rêvasseries, et même quelquefois un peu de *délire* la nuit.

La *peau* présente une chaleur assez marquée, mais sans âcreté.

Le *pouls* est fréquent, plein, fort et régulier.

Cet état persiste pendant un temps qui varie de douze à trente-six heures, et, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans quelques cas il se prolonge pendant deux ou trois jours. Puis ordinairement après un sommeil profond, les malades se trouvent guéris, *sans convalescence*. Quelquefois néanmoins il reste un léger sentiment de fatigue.

A la fin de la maladie, on voit survenir fréquemment soit une moiteur marquée, soit une *sueur* assez abondante ; quelquefois c'est une épistaxis ; et ordinairement on voit apparaître au pourtour des lèvres un *herpès* remarqué par le vulgaire, qui dit que la *fièvre sort*. Cet herpès peut se montrer également au pourtour de la vulve, de l'anus et du prépuce. On a regardé ces symptômes comme des *crises*. Cette opinion peut se soutenir quant aux deux premiers; mais relativement à l'herpès, on ne peut guère voir dans son apparition qu'une conséquence pure et simple de la maladie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description précédente, j'ai indiqué la *marche* et la *durée* de la maladie ; quant à la *terminaison*, elle est constamment heureuse. Cette affection peut se montrer très fréquemment chez le même individu.

§ V. — Traitement.

Le traitement est des plus simples : quelques *boissons acidules ;* un léger *laxatif*. s'il y a de la *constipation ;* tenir les malades au lit, dans un lieu tranquille, et à une *température douce ;* faire observer la *diète :* tels sont les seuls moyens thérapeutiques à mettre en usage. Dans les cas un peu intenses, on peut donner quelques *calmants* ou quelques *antispasmodiques*.

ARTICLE II.

FIÈVRE SIMPLE CONTINUE (*synoque*).

L'étude de cette fièvre a été un peu négligée dans ces vingt dernières années; toutefois il ne faut pas croire, comme le pense M. Davasse, que c'est parce que son existence était méconnue par tout le monde. La cause en est uniquement dans la bénignité très grande de la maladie, qui a fait que ceux même qui avaient fixé

leur attention sur elle se bornaient à la signaler comme ne devant pas être confondues avec la fièvre typhoïde; mais il est très vrai qu'un assez grand nombre de médecins prenaient la fièvre simple continue pour une fièvre typhoïde légère, ce qui avait un très grand inconvénient pour la thérapeutique : car les cas de ce genre, se glissant dans les statistiques, faussaient nécessairement les résultats. Sous ce rapport, M. Davasse a rendu un vrai service à la science en insistant sur les faits trop superficiellement observés, et en traçant une bonne description de la maladie; mais il faut prendre garde que l'esprit de réaction contre la doctrine physiologique ne nous entraîne trop loin et ne nous fasse accuser à tort le présent au profit du passé.

A l'époque où régnait la doctrine physiologique, on traitait de chimère cette fièvre simple ou synoque. Vers la fin de cette époque, on voulut rattacher son existence à la doctrine de l'inflammation, en admettant, dans les cas de ce genre, une phlogose de la membrane interne des vaisseaux et du cœur. C'étaient là des opinions qu'on ne pouvait soutenir. Lorsque M. Louis nous eut donné ses recherches sur la *fièvre typhoïde*, lorsqu'il nous eut fait connaître avec la plus grande précision cette maladie si difficile à étudier, on put d'une manière assurée tracer les limites de la fièvre simple continue, et indiquer le point où elle finit et où la fièvre typhoïde commence. M. Louis (1) se borna à signaler les faits de ce genre qu'il fallait distinguer de la fièvre typhoïde, et dans toutes ses statistiques (2) il les mit soigneusement de côté. D'autres auteurs imitèrent son exemple; cependant ce n'était pas assez, et les observations de M. Davasse sont venues compléter nos connaissances sur ce point. Mais, suivant cet auteur, la fièvre simple continue, la synoque (c'est la dénomination qu'il adopte) était connue des anciens, qui la distinguaient parfaitement de la fièvre typhoïde. Or c'est là qu'est l'exagération. Il ressort en effet très clairement des descriptions que les anciens nous ont données, qu'ils devaient presque nécessairement confondre la fièvre synoque avec la fièvre typhoïde légère, et même que plusieurs auteurs parmi les plus célèbres ne la distinguaient pas bien de la fièvre typhoïde dans ses formes les plus graves. Je prends pour exemple Borsieri. Cet auteur admet une fièvre synoque sudatoire, maligne, pure, impure, compliquée, cholérique, etc. Ne voit-on pas par cette seule énumération que Borsieri rangeait dans la fièvre synoque des maladies très diverses? On pourrait en dire autant de tous les autres auteurs.

Que faut-il conclure de ce qui précède? Je ne crains pas de le dire : c'est que, pour ce qui concerne les fièvres continues simples, la fièvre typhoïde et les typhus, il faut rompre complétement avec le passé; il faut le reléguer dans le domaine de l'histoire, et ne s'en rapporter qu'aux observations prises depuis que nos connaissances sur la fièvre typhoïde sont devenues suffisantes. Comment, en effet, pourrions-nous avoir confiance dans des assertions qui reposent nécessairement sur un grand nombre d'erreurs de diagnostic? La confusion qui régnait sur ce point de pathologie n'était-elle pas assez grande pour que Pinel, qui assurément connaissait les auteurs des siècles derniers aussi bien que nous pouvons les connaître, ait décrit les fièvres ataxiques, adynamiques, etc., sur des cas de pneumonie observés

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2[e] édit. Paris, 1841, t. II, p. 418.
(2) Barth, *Presse médicale*, 1837.

à la Salpêtrière? Ne l'était-elle pas assez pour que Broussais, qui avait vu vaguement que le tube gastro-intestinal présentait des lésions essentielles, ait pu un moment ébranler toutes les croyances, et pour que les médecins les plus imbus du passé n'aient trouvé rien de satisfaisant à répondre? Reconnaissons donc que, tant qu'on n'a pas pu dire d'une manière positive ce qu'était et ce que n'était pas la fièvre typhoïde, affection qui comprend la fièvre putride, adynamique, ataxique, en un mot, les *fièvres graves*, on n'a pu avoir que des connaissances vagues, incertaines, et l'on n'a pas pu tracer l'histoire de ces maladies d'après nature. Or, cette condition essentielle manquant, comment toute la sagacité, tout le savoir du monde, auraient-ils pu y suppléer?

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre simple continue est une affection qui, comme son nom l'indique, ne présente aucune lésion locale appréciable, et est uniquement caractérisée par les symptômes qui constituent l'état fébrile.

On l'a décrite sous un grand nombre de dénominations qui, pour la plupart, ainsi que nous venons de le voir, ne se rapportent pas à un état morbide bien déterminé. Les principales de ces dénominations sont les suivantes: *synoque* (synochus) *non putride*, *synoque simple*, *synocha*, *fièvre aiguë simple*, *fièvre hebdomadaire*, *fièvre inflammatoire*, *simple*, *continue*, *dépuratoire*, *continente*, *inflammatoire simple*, *fièvre angioténique*, *fièvre gastrique*, *gastro-céphalique*, etc. La dénomination de *fièvre simple continue* qu'employait Boerhaave me paraît la plus convenable.

Cette affection n'est pas rare: on en trouve des exemples plus fréquents dans la pratique ordinaire que dans les hôpitaux; non que les classes qui remplissent les hôpitaux en soient exemptes, mais parce que, l'affection étant très légère, elle n'oblige pas à entrer à l'hôpital.

§ II. — Causes.

Les causes sont à peu près les mêmes que celles de la fièvre éphémère, autant du moins qu'on en peut juger par les recherches peu rigoureuses qui ont été faites sur ce point. Ainsi, on observe le plus souvent cette maladie chez les *enfants* et les *jeunes adultes* d'une *bonne constitution*, quoiqu'on n'en soit pas complétement exempt dans d'autres conditions. Elle se montre principalement au *printemps*, mais elle n'est pas très rare en été et en automne. On la voit apparaître après les *grandes fatigues*, les *excès*, la *suppression d'un flux habituel*, un *brusque refroidissement;* parfois elle survient sans cause appréciable.

On a décrit une fièvre simple *épidémique*. Il n'est pas bien certain qu'elle puisse avoir ce caractère. M. Davasse a cité à ce sujet une relation de Storck qui n'est pas tout à fait convaincante.

L'étiologie de la fièvre simple continue, comme celle de la fièvre éphémère, a grand besoin de recherches plus précises que celles qu'on a faites jusqu'à présent.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette maladie, fort bien décrits par M. Davasse, ressemblent beaucoup à ceux d'une fièvre éphémère; ils ont seulement un peu plus d'intensité et plus de persistance, et en outre il en survient quelques uns qui ne se trouvent pas dans la fièvre éphémère, et qui méritent d'être mentionnés.

Dans le plus grand nombre des cas, la fièvre continue simple, comme la fièvre phémère, *débute sans prodromes :* elle surprend les sujets dans le meilleur état le santé ; quelquefois néanmoins les symptômes caractéristiques de la maladie sont récédés d'un état de malaise vague, de lassitude et d'anorexie. Cet état incertain st de courte durée.

Le *début* le plus fréquent de cette affection est rarement marqué par un *frisson* prononcé ; plus souvent il y a simplement quelques légers frissonnements erratiques, une certaine sensibilité au froid ; mais plus souvent encore la maladie commence par la céphalalgie, l'abattement et la chaleur. Quand la maladie est confirmée, on observe les symptômes suivants :

Symptômes de la maladie confirmée. La *céphalalgie* est un des principaux ; les malades s'en plaignent beaucoup, et elle va croissant les deux ou trois premiers jours. Elle occupe toute la tête, mais principalement la partie antérieure. La *prostration* est notable, mais beaucoup moins que dans la fièvre typhoïde. On observe le *brisement des membres* et des lombes, comme dans la fièvre éphémère. Il n'y a pas *d'hébétude*, ni de lenteur marquée dans les mouvements. Lorsqu'on interroge les malades, ils répondent promptement et avec justesse : leur *intelligence* est nette. Seulement ils sont *portés au sommeil* pendant la journée, tandis que la nuit il y a parfois un peu d'*agitation* avec *quelques rêvasseries*, mais rarement de l'insomnie, et plus rarement encore un léger délire.

Du côté des *voies digestives*, on observe une anorexie complète ; la bouche est pâteuse, souvent amère ; la soif un peu augmentée ; la langue est souple, humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre, parfois un peu rouge à la pointe. Des *vomissements* alimentaires d'abord, puis bilieux, ont lieu dans quelques cas au début ; un peu plus souvent on les voit survenir au bout de deux ou trois jours. Le *ventre* est presque toujours à l'état normal ; quelquefois on trouve un peu de gargouillement sous la pression dans l'une ou l'autre fosse iliaque, sans douleur. Il existe généralement une *constipation* peu opiniâtre ; parfois les malades rendent des selles rares et décolorées ; plus rarement il y a quelques selles liquides. Les douleurs épigastriques et le météorisme, qu'on a quelquefois observés, sont des symptômes qui se montrent avec une faible intensité.

Les *urines* sont rouges et foncées ; vers la fin de la maladie, on y trouve ordinairement un énéorème qui tend à gagner le fond du vase.

La *chaleur de la peau* devient de plus en plus élevée ; elle est ordinairement halitueuse, parfois sèche, mais sans âcreté. Assez fréquemment on voit apparaître sur la peau des *taches* qui méritent une mention particulière ; M. Forget les avait remarquées, et M. Davasse a insisté sur elles.

Ce sont des *taches bleuâtres*, ardoisées, peu foncées, en général arrondies, sans saillie, de un demi-centimètre à un centimètre de diamètre ; se touchant rarement, ne disparaissant pas par la pression ; occupant principalement le ventre et la partie supérieure des cuisses, et durant un septénaire environ.

Ces *taches bleues* appartiennent-elles uniquement à la fièvre simple continue ? C'est ce que j'examinerai plus loin (1).

La *face* offre parfois une légère coloration jaunâtre, un aspect bilieux.

(1) Voy. art. *Fièvre typhoïde*, diagnostic.

Enfin le pouls est plein, fort, vibrant, mais sans dureté, et très régulier. Il s'élève jusqu'à 90, 100 et 110 pulsations.

Telle est la description de la fièvre simple continue. Je l'ai empruntée en grande partie à M. Davasse, qui a le mieux étudié la maladie ; mais je ne me dissimule pas que des recherches plus étendues et une bonne statistique lui donneraient une précision beaucoup plus grande.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est aiguë et continue, mais il est ordinaire de voir vers le soir une exacerbation de tous les symptômes.

La *durée* la plus ordinaire est de sept à huit jours ; cependant la guérison peut survenir dès le quatrième jour. La *terminaison* est constamment heureuse. *Il n'y a pas de convalescence.* La guérison se déclare après une nuit passée dans un bon sommeil. Fréquemment elle est précédée d'une sueur plus ou moins abondante ; parfois ce sont des vomissements spontanés ou des évacuations alvines. Dans quelques cas, les malades sont pris d'une épistaxis, ou d'un flux utérin, ou hémorrhoïdal. L'*herpès labialis* se remarque encore à la suite de cette maladie, mais moins fréquemment qu'à la suite de la fièvre éphémère. Dans quelques cas, on observe des éruptions érythémateuses peu importantes. Faut-il voir, avec M. Davasse, des *crises* dans tous ces phénomènes ? Relativement aux éruptions, je ne le pense pas. Quant aux sueurs, aux évacuations, aux flux sanguins, cette manière de voir est plus admissible ; mais il serait utile qu'on fît de nouvelles recherches dans ce sens.

Un des caractères les plus importants à noter, c'est que la fièvre simple continue peut se *produire plusieurs fois* chez le même sujet. M. Davasse a cité plusieurs exemples de cette reproduction plus ou moins répétée. Nous verrons, lorsqu'il s'agira du *diagnostic de la fièvre typhoïde*, combien ce fait a d'importance.

Fièvre à rechute (*relapsing fever*). En Angleterre et en Écosse, on a décrit récemment, sous le nom de *fièvre à rechute* (*relapsing fever*), une affection que nous avons bien rarement occasion d'observer en France, et qui ne me paraît être qu'une variété de la fièvre continue simple. En voici la description sommaire telle que l'a tracée M. Jenner (1) :

Frissons soudains, céphalalgie, peau chaude et sèche, langue blanche, urine fortement colorée, selles régulières, vomissements rares ou fréquents, perte de l'appétit, aucun phénomène anormal du côté du ventre.

Quand la maladie est plus violente, jaunisse, sueurs profuses vers le septième jour suivies d'une apparente guérison ; puis au bout de cinq à huit jours, rechute, retour des premiers symptômes avec une intensité moindre ou plus grande ; nouvelle terminaison par les sueurs, et alors convalescence définitive.

Il y a quelques mois, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai vu un cas dans lequel les choses se sont passées de cette manière ; seulement il n'y avait pas de jaunisse ; mais, je crois que, par ce mot, il faut entendre l'état bilieux que l'on observe parfois dans la fièvre continue simple, à laquelle, je le répète, cette variété me paraît devoir être rattachée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Aucune lésion particulière ne peut être attribuée à la fièvre simple continue ;

(1) *On the identity or non-identity of typhoid fever*, etc. London, 1850.

existence de l'*angio-cardite*, qu'on a invoquée pour localiser la maladie, est une ure hypothèse, uniquement fondée sur des idées théoriques.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La confusion de la fièvre simple continue avec la fièvre typhoïde n'est pas la :ule qui soit à craindre au début de la maladie : on sait, en effet, qu'on peut croire ıssi à l'invasion d'une phlegmasie quelconque ou d'une fièvre éruptive ; mais c'est . seule qui ait des conséquences fâcheuses, si après quelques jours on persiste ans l'erreur où une certaine similitude de symptômes a pu vous faire tomber. On : comprendra sans peine, quand on saura que, d'une part, on peut appliquer à la èvre simple continue un traitement beaucoup plus énergique que cette affection e le réclame, et que, de l'autre, en voyant céder promptement une affection qu'on prise pour la fièvre typhoïde, on peut attribuer à certains médicaments une efficacité qu'ils n'ont pas réellement. Ce diagnostic est donc très important ; mais, me roposant de le présenter avec détail dans l'histoire de la *Fièvre typhoïde* (1), je e l'aborderai pas ici.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la fièvre simple continue est tout aussi simple que celui de la ièvre éphémère. Si la céphalalgie était très intense, la chaleur très élevée, le pouls rès fort, on pourrait pratiquer une *saignée générale*, ou appliquer quelques sangues au siége, ou derrière les oreilles ; mais le plus souvent le repos, une boisson :mpérante, de légers laxatifs et la diète suffisent.

ARTICLE III.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Avant d'entrer en matière, je dois répéter la proposition que j'ai émise en parant de la fièvre éphémère : Si l'on veut sortir du vague et de la confusion, il faut ıécessairement, en médecine pratique, laisser de côté tout ce qu'on a pu dire sur es fièvres graves avant ces vingt dernières années. J'hésite d'autant moins à me ɪrononcer ainsi, qu'on ne peut pas me supposer l'intention de renier systématiquement le passé, puisque dans cet ouvrage je lui ai toujours fait une si grande ɪart ; je la lui aurais faite encore ici s'il ne me paraissait pas absolument impossible, lans le cas dont il s'agit, de lier le passé au présent.

Mais on me demandera peut-être si je pense que jusqu'à nous on a complétenent méconnu l'affection qui nous occupe, et si je n'admets pas que, sous d'autres lénominations, on en ait tracé des descriptions plus ou moins complètes. Telle ne aurait être ma pensée. On n'a, en effet, qu'à parcourir les historiques présentés ɪar plusieurs auteurs récents, et notamment celui de M. Forget (2), pour s'assurer que dès la plus haute antiquité on avait remarqué, noté, décrit un certain ensemɪle de symptômes qui se rapportent plus ou moins bien à la fièvre typhoïde telle que nous la comprenons aujourd'hui, et tout le monde sait que dans les deux der-

(1) Voy. plus loin art. III.
(2) *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841.

niers siècles les fièvres, les typhus, et surtout leurs diverses formes, ont été l'objet des plus nombreux écrits. Mais on ne doit pas poser la question dans ces termes, et c'est pour l'avoir fait, que les auteurs estimables auxquels nous devons les travaux les plus récents sur la fièvre typhoïde se sont trouvés, dans leurs descriptions, embarrassés par d'anciens souvenirs.

Voici ce qu'il faut se demander : Malgré tous ces travaux, toutes ces observations, savait-on que les fièvres graves sont une seule et même maladie qui a une marche particulière qu'on peut parfaitement suivre à travers les variations qu'elle présente, et qui offre à l'autopsie des lésions caractéristiques ? Si l'on ne le savait pas, pouvait-on distinguer la fièvre typhoïde de toutes les affections qui présentent un certain ensemble de symptômes auquel on a donné le nom d'*état typhoïde?* Si l'on ne pouvait pas établir cette distinction, et si, en outre, on subdivisait, pour ainsi dire, la maladie presque à l'infini, faisant, de chaque forme que l'on croyait observer, une maladie particulière, que devenaient le diagnostic et le pronostic, et surtout quelles expériences thérapeutiques pouvait-on tenter ? quelles conclusions rigoureuses pouvait-on tirer de l'application des divers moyens de traitement ?

En la posant ainsi, la question devient des plus simples, et tout le monde conviendra que, quelle que pût être la sagacité de nos devanciers, ils manquaient de trop d'éléments pour nous donner une bonne pathologie de la fièvre typhoïde. Ils nous avaient laissé, il faut en convenir, autant à faire que s'ils n'avaient rien fait, plus peut-être, car il est plus difficile de déraciner des erreurs que de faire adopter des vérités. C'est aux travaux, si justement admirés, de M. Louis (1) que nous devons d'être enfin sortis du vague et de l'incertitude dans lesquels nous étions restés ; ce sont ces travaux qui ont fait faire à la pathologie un pas immense. Que l'on compare, pour s'en assurer, les opinions que l'on professait sur les fièvres avant l'apparition de ses recherches, avec celles que tout le monde professe aujourd'hui, et l'on sera forcé de reconnaître ce grand progrès.

Après ce que je viens de dire, l'historique que j'ai à présenter se trouve très simplifié ; il se résume, en effet, dans les propositions suivantes : Dans l'antiquité, les notions sont tellement vagues et incertaines, qu'on ne sait si les fièvres continues décrites par les premiers médecins diffèrent ou ne diffèrent pas des nôtres. Depuis le XIIIe siècle jusqu'à nous, et principalement vers la fin du dernier siècle, description de la maladie, plus ou moins exacte dans ses formes graves ; relations d'épidémies dans lesquelles le diagnostic n'est pas toujours certain ; presque toujours la croyance que chaque nouvelle épidémie est due à une maladie nouvelle ; division de l'affection en plusieurs affections particulières ; de loin en loin, indication de lésions qu'on rapportait à des cas particuliers, et qui étaient fort mal décrites (Fracastor, Willis, Lecat). Plus tard, des études plus précises furent faites, et il faut citer en première ligne celles de Prost (2), auxquelles il a néanmoins manqué la méthode et la précision, et qui ont laissé les médecins dans un tel vague, que, quelques années après, Petit et M. Serres (3) crurent avoir trouvé une maladie

(1) *Rech. anat. path. et thérap. sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite*, etc. ; 1re édit. Paris, 1831, et 2e édit. Paris, 1841.

(2) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*. Paris, 1804.

(3) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*. Paris, 1813.

›ute nouvelle et différente des fièvres, parce qu'ils avaient rencontré dans l'intes-
n les ulcères signalés par Prost.

Je ne ferai que mentionner ici les opinions de Broussais; elles sont dans la ıémoire de tout le monde. Faire des fièvres graves une inflammation gastro-intesnale plus ou moins intense, mais toujours une inflammation pure et simple, tel ıt l'objet de ses efforts. Il ne vit dans les fièvres qu'une exaspération de la phlegıasie ordinaire des intestins : erreur profonde, mais si bien soutenue, qu'elle éduisit beaucoup de médecins, que les adversaires de la doctrine de Broussais ne ıvaient comment la combattre, et qu'elle ne pouvait être détruite que par les ésultats d'une observation sévère, persistante, complète : résultats qui n'existaient ulle part.

Pour montrer combien, quoi qu'en aient dit certains auteurs, étaient encore agues nos connaissances aux époques que je viens de signaler rapidement, il suffit e faire remarquer que la discussion ne portait que sur des fièvres très graves, sur es fièvres qui entraînaient très fréquemment la mort; que les fièvres typhoïdes égères, si bien diagnostiquées aujourd'hui, étaient complétement méconnues, et ｜u'on n'eût trouvé que des incrédules si l'on avait pu dire, à l'époque où écrivait 'rost, comme à celles où MM. Petit et Serres et Broussais soutenaient leurs opiıions, que dans ces fièvres typhoïdes, à symptômes si légers qu'ils ne sont remar｜uables que par leur durée, il existe les mêmes ulcères que dans les fièvres ataxi｜ues et adynamiques les plus intenses. N'est-ce pas là un argument sans réplique? t peut-on regarder une maladie comme connue lorsqu'on n'en diagnostique que ɛs cas intenses, et surtout quand ce diagnostic doit être nécessairement erroné ans un très grand nombre de cas?

M. Bretonneau (1) compara le gonflement des glandes de Peyer et les ulcères ｜ui lui succèdent à l'éruption de la *variole;* mais cette comparaison, très hasardée, ıe le conduisit pas à reconnaître le rapport précis des lésions et des symptômes lans les fièvres. La question n'avança pas.

Enfin voici une dernière preuve que la maladie était fort mal connue, et que son liagnostic était extrêmement incertain : ne croyait-on pas à l'existence d'une fièvre *rave ataxique*, *adynamique*, etc., en un mot d'une de ces fièvres que nous oyons toutes réunies dans la fièvre typhoïde, dès que la langue se séchait, que les lents s'encroûtaient, que le mouvement fébrile prenait une certaine intensité? Ne royait-on pas qu'une de ces fièvres était survenue, lorsque ces phénomènes se ıroduisaient dans le cours d'une phlegmasie quelconque? Et comme conséquence le cette croyance, n'était-il pas admis que les phlegmasies se compliquaient fré｜uemment de fièvre ataxique, putride, adynamique, etc.? Or nous savons aujour｜'hui que si la fièvre typhoïde se produit dans le cours d'une phlegmasie, c'est un as tellement exceptionnel, qu'on aurait peine à en trouver un seul exemple, et il st évident que l'on regardait comme des phénomènes caractéristiques les symptônes communs de la fièvre typhoïde et des phlegmasies, symptômes exprimant la ›lus ou moins grande violence du mouvement fébrile.

M. Louis, en disant comme résultat général de ses recherches : *Les fièvres con-*

(1) Trousseau, *De la maladie à laquelle M. Bretonneau a donné le nom de dothinentérie ɔu dothinentérite* (*Arch. de méd.*, 1826, t. X, p. 67, 169).



tinues, quelle que soit leur forme, constituent toutes une seule et unique affection (1) *qu'on distingue sous le nom d'*affection *ou de* fièvre typhoïde, a définitivement résolu cette grande question. Quant aux preuves qu'il a apportées en faveur de sa proposition, elles abondent dans son ouvrage que tout le monde aujourd'hui regarde comme un des plus importants de notre époque médicale.

M. Chomel (2) a ensuite exposé, avec son talent bien connu, les résultats obtenus par M. Louis ; puis ont paru de nombreux travaux qui ont jeté quelque lumière sur certains points de l'histoire de la fièvre typhoïde. Je citerai ceux de MM. Andral, Bouillaud, Forget, et ceux de MM. Taupin, Rilliet et Barthez, pour les fièvres typhoïdes des enfants, etc., etc.

Après ce que je viens de dire, on comprendra que, pour donner une bonne description de la fièvre typhoïde, il me suffira de résumer l'ouvrage de M. Louis, en y ajoutant quelques détails empruntés aux observateurs récents, et qui portent sur des points secondaires.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre typhoïde est une affection fébrile aiguë qui se développe soit spontanément, soit par contagion, qui a une marche particulière, qui n'attaque pas la vieillesse, qui ne se manifeste presque jamais qu'une seule fois dans la vie, et qui a pour caractère anatomique essentiel une altération particulière des glandes de Peyer. J'ai réuni dans cette définition les principaux caractères de la fièvre typhoïde; je montrerai, dans la description qui va suivre, toute son exactitude.

Les dénominations sous lesquelles on l'a décrite plus ou moins approximativement sont extrêmement nombreuses; les principales sont : *Casus, phrenitis; febris ardens, continua, nervosa, mesenterica, petechialis; typhus; fièvre putride, ataxique, adynamique, nerveuse, angioténique, méningo-gastrique, adéno-méningée; fièvre entéro-mésentérique, dothinentérie, entérite folliculeuse, entéro-mésentérite typhoïde; fièvre des camps, des prisons*, etc.

La grande fréquence de la fièvre typhoïde ne fait aucun doute pour personne, aujourd'hui que les cas les plus légers sont facilement reconnus.

Dans un travail fort intéressant sur l'étiologie de cette maladie, M. Marc d'Espine (3) a fait voir combien cette fréquence peut varier d'une année à l'autre. Il a trouvé que, dans le canton de Genève, il y a eu des années où le nombre des décès causés par cette maladie a été seulement de 20 pour 1,000, tandis que dans sept autres années il a été beaucoup plus élevé et jusqu'à 64 pour 1,000.

§ II. — Causes.

Les causes de la fièvre typhoïde sont difficiles à étudier ; aussi n'avons-nous encore, sur plusieurs points de son étiologie, que des données incertaines ; mais, sur d'autres, nous avons des recherches précises dont je vais donner le résultat.

(1) On a vu, dans les deux articles précédents, qu'il faut, et M. Louis le reconnaît lui-même dans son ouvrage, faire une exception en faveur de la fièvre éphémère et de la fièvre simple continue; mais je n'ai pas cru devoir changer pour cela cette proposition générale qui résume si bien la discussion.

(2) Voy. Genest, *Leçons sur la fièvre typhoïde, par M. Chomel.* Paris, 1834.

(3) *Notice étiologique sur l'affection typhoïde* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XII, p. 129, 423).

1° Causes prédisposantes.

Age. Au-dessous de l'âge de deux ans, la fièvre typhoïde paraît fort rare ; cependant, depuis que les médecins qui s'occupent des maladies des enfants en étudient les symptômes avec beaucoup de soin, on a signalé un certain nombre d'exemples de cette maladie dans les premiers mois de la naissance. MM. Manzini (1) et Charcellay (2) ont cité deux cas de fièvre typhoïde *congénitale*. MM. Rilliet, Marc d'Espine, Bricheteau, Abercrombie, ont vu la fièvre typhoïde se manifester chez des enfants âgés de sept à vingt-deux mois. Pour ma part, j'ai observé cette maladie chez un enfant de trois mois et demi, qui a guéri, et chez un autre de vingt-trois mois, qui a succombé. Ce qui fait peut-être que l'on n'a pas signalé un plus grand nombre de ces cas, c'est que l'observation est très difficile chez les enfants âgés de moins de deux ans, et que les cas de fièvre typhoïde de faible intensité sont en particulier très obscurs. Cependant, en considérant les faits sous un autre point de vue, on a trouvé que la fréquence de cette maladie doit, selon toutes les probabilités, être beaucoup moins grande dans les deux premières années de l'existence que dans celles qui suivent ; cette fréquence va, en effet, en augmentant sensiblement. Ainsi, de deux à cinq ans, elle est encore peu considérable ; de cinq à huit ans, elle s'accroît notablement ; elle augmente encore beaucoup de huit à quatorze ans ; et enfin, d'après les relevés de MM. Louis, Chomel, Lombard et Fauconnet, c'est de dix-huit à trente ans qu'on est le plus exposé à être atteint de la fièvre typhoïde. Il est une autre circonstance, relative à l'âge, qui ne mérite pas moins d'être signalée : c'est que, après l'âge de cinquante ans, la maladie devient tellement rare, que les exemples qu'on en a cités peuvent être regardés comme de véritables exceptions, d'autant plus que, même parmi ces exemples, il en est quelques uns qui sont contestables. Il résulte même des recherches faites dans les épidémies, que la fièvre typhoïde, qui acquiert alors une plus grande violence, et qui pourrait bien, sans que la règle fût changée, se montrer, en pareil cas, hors des limites d'âge que nous venons de lui assigner, respecte néanmoins les vieillards, sauf quelques rares exceptions (3).

Sexe. L'influence du sexe est moins bien déterminée ; M. Louis ne se prononce pas à ce sujet ; MM. Rilliet et Barthez, Taupin, Barrier, ont trouvé, parmi les individus atteints, un plus grand nombre de garçons que de filles.

Les faits cités par M. Marc d'Espine (4) sont les plus concluants, et tendent à prouver que les hommes sont plus prédisposés à la fièvre typhoïde que les femmes.

Constitution ; tempérament. La mortalité étant la même, proportion gardée, chez les sujets forts et chez les sujets faibles, M. Louis en conclut que la constitution n'a qu'une influence au moins très limitée. Quant au tempérament, nous n'avons aucune donnée satisfaisante à cet égard.

Rien, comme le fait remarquer M. Louis, ne prouve que les *chagrins*, l'*excès de travail* ou les *excès de boisson* aient une action marquée sur l'apparition de

(1) *Académie de médecine.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1840, t. IX, p. 65.
(3) Voy. Putégnat, *Mém. sur la dothinentérie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 853 ;— *Gaz. méd.*, novembre 1838, p. 710).
(4) *Loc. cit.*

cette maladie. Le nombre des sujets qui se trouvaient dans ces conditions était, en effet, dans une proportion minime. Il en est de même de la *mauvaise nourriture*, de l'*usage d'aliments gâtés* ou de *boissons corrompues*, qui, d'après quelques observations (Leteneur, cité par M. Louis) et certaines expériences (Gaspard), seraient, au contraire, des causes très puissantes. Il est facile de se convaincre que les premières ne sont que de simples coïncidences, et que les secondes n'ont produit que des états morbides qui sont bien loin d'être identiques avec la fièvre typhoïde. La même remarque s'applique à la *défibrination du sang*, produite par M. Magendie dans ses expériences.

Changement d'habitudes; séjour à Paris. Il est très remarquable que presque tous les cas observés dans les hôpitaux de Paris se montrent chez des sujets qui habitent cette ville depuis peu de temps (de quelques mois à un an), et, ce qui ne l'est pas moins, c'est que moins le séjour des sujets à Paris avait été long, plus la mortalité chez eux était grande. Voilà un fait bien digne d'être noté. Maintenant on peut admettre que le changement de nourriture, un logement dans des conditions nouvelles, des travaux plus pénibles, et aussi les regrets et les ennuis, sont les agents principaux de cette grande cause; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la démonstration n'en est ni facile ni suffisante, et nous ne pouvons encore nous prononcer sur ce point. Ne pourrait-on pas penser que la contagion est pour quelque chose dans cette fréquence de la maladie qui nous occupe, chez des sujets qui vivent pour ainsi dire pêle-mêle? Il est fâcheux que nous n'ayons pas, sur le développement de la fièvre typhoïde dans les autres grandes villes, des documents aussi précis que ceux que nous ont fournis les médecins observant à Paris.

Saisons. Les faits recueillis au point de vue de l'influence des saisons ne sont pas assez nombreux pour qu'on ait pu arriver à un résultat définitif. Suivant MM. Lombard et Fauconnet, la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde a lieu en automne. D'après les recherches de M. Chomel, cette maladie serait plus fréquente dans les mois les plus froids que dans les mois les plus chauds, tandis que M. Forget a, d'après les faits qu'il a observés, classé ainsi les saisons, sous le rapport de la fréquence de la maladie : automne, été, printemps et hiver (1). Il n'y a encore là rien de définitif. Je ferai remarquer que, dans ces dernières années, le nombre des fièvres typhoïdes, pendant les grandes chaleurs de l'été, a été si considérable, qu'on a pu admettre l'existence de petites épidémies, et d'un autre côté, la dernière épidémie dont nous observons encore des restes, s'est montrée pendant l'hiver (1853). Pour résoudre cette question de l'influence des saisons, il faut nécessairement multiplier les recherches et examiner les faits sous tous les points de vue, principalement sous celui de la mortalité.

Rien ne démontre, comme le prouvent les observations de M. Louis, que certaines *professions* exposent plus que d'autres les sujets qui les exercent à contracter la fièvre typhoïde.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'*influence de la vaccine* sur la production de la fièvre typhoïde. Des statistiques établies sur des faits mal appréciés ont fait émettre à ce sujet une opinion plus que hasardée. Les observations que nous recueillons tous les jours prouvent qu'elle n'a rien de fondé. Dans la dernière épidémie j'ai vu, d'une part, la fièvre typhoïde sévir chez les sujets non

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse.* Paris, 1841, p. 409.

vaccinés et, de l'autre, des convalescents de la fièvre typhoïde atteints de la variole. Sur 35 malades atteints de fièvre typhoïde et entrés dans mon service dans les premiers jours de novembre (1853), 4 portaient des traces profondes de petite vérole, un n'avait pas été vacciné, un l'avait été sans succès, deux présentaient des cicatrices douteuses. Des quatre malades qui avaient eu la petite vérole deux ont succombé. De son côté, M. Barth (1), qui a fixé son attention sur ce sujet, a vu, dans un très court espace de temps, quatre personnes n'ayant pas été vaccinées et portant des traces évidentes de variole, être prises de fièvre typhoïde qui, légère dans deux cas, fut très grave dans les deux autres. Un malade succomba. En même temps qu'il signale ces observations, l'auteur cite quatre cas plus ou moins graves de variole, survenant dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Quoique ces faits soient peu nombreux, ils ont déjà leur signification.

Antagonisme. Suivant M. Boudin, les sujets soumis à l'*influence des marais* résistent à l'action des causes de la fièvre typhoïde (2). Cet auteur a accumulé avec beaucoup d'art un très grand nombre de faits en faveur de cette opinion, qui n'a pas encore trouvé beaucoup de crédit.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles, à l'exception de la contagion, sont beaucoup moins connues que les précédentes, ou, pour mieux dire, lorsqu'on a avancé que l'insolation, le froid, l'humidité, l'alimentation insuffisante, les purgatifs, les commotions physiques, etc., peuvent produire la fièvre typhoïde, on a avancé des propositions que ne confirme pas l'étude des faits.

Contagion. Quand on n'avait égard qu'aux faits observés à Paris, on ne croyait pas à la contagion de la fièvre typhoïde; mais les observations faites dans les petites localités ont dû modifier profondément cette opinion. Je citerai, avec M. Louis (3), celles que la science doit à MM. Bretonneau (4), Leuret, Gendron (5), Putégnat, et de plus celles de MM. Letanelet, Lombard, Fauconnet, Mayer (6), Patry, Jacquez, Ragaine (7), Thirial, etc. Il résulte, en effet, de ces observations, que la fièvre typhoïde a été maintes fois transmise par un malade à un individu sain. Je ne discuterai pas si la transmission a lieu par contact ou par infection; je dirai seulement que ce dernier mode de transmission ne paraît douteux à personne; tandis que la transmission par le contact ne paraît guère probable, au moins dans la fièvre typhoïde sporadique, lorsqu'on voit ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, où les malades ne sont nullement isolés.

Si, après les faits que je viens de citer, il pouvait rester encore quelques doutes sur la transmission de la fièvre typhoïde, par contagion, ils seraient promptement dissipés par les résultats intéressants des recherches de M. le docteur Piedvache (8).

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 7 octobre 1853.

(2) Comparez *Étude de géographie médicale* (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*. Paris, 1848, t. XXXIII, p. 58; t. XXXVI, p. 5, 304; t. XXXVIII, p. 237; *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 931; t. IX, p. 168; t. X, p. 1041; t. XI, p. 257).

(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 368 et suiv., 2e édit.

(4) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 57.

(5) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1834.

(6) *Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 2, 1847.

(7) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X, p. 736, 896; t. XII, p. 536.

(8) *Rech. sur la contagion de la fièvre typhoïde et principalement sur les circonstances dans lesquelles elle a lieu* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 239).

Ce médecin, qui a pu suivre pendant quatre ans la fièvre typhoïde à l'état épidémique dans la petite ville de Dinan, a accumulé les faits, et est arrivé à ces conclusions, que la contagion est évidente, qu'elle accroît considérablement le nombre des malades, et que la circonstance la plus favorable à la transmission est la concentration de l'air et des miasmes qu'il contient.

Je ne parle pas ici des faits observés en Angleterre, parce que, dans leurs relations, les médecins anglais ont presque tous décrit, sans les séparer, la fièvre typhoïde et le *typhus fever*, qui sera l'objet d'un article particulier. C'est dans cet article que je ferai connaître les travaux de M. le docteur Jenner qui a, mieux que tout autre, en Angleterre, établi la distinction des deux maladies.

La fièvre typhoïde a pris fréquemment et prend encore assez souvent le caractère *épidémique*. Dans l'article suivant (1), je rechercherai si les épidémies de typhus doivent être rapportées à la fièvre typhoïde.

3° Nature de la maladie.

Sous ce titre, j'entends les lésions primitives, soit des liquides, soit des solides, que l'on a regardées comme la source des autres lésions et de tous les symptômes.

Aujourd'hui un assez grand nombre de médecins sont portés à admettre l'existence d'une *lésion primitive du sang*, dans laquelle la diminution de la fibrine jouerait le plus grand rôle, et serait le principe de la maladie. Je me bornerai à rappeler ce que j'ai dit plus haut, à propos des expériences de M. Magendie : la défibrination du sang a produit un état morbide autre que la fièvre typhoïde. Quant aux preuves directes, qu'on pourrait demander à l'observation, elles nous font complétement défaut.

On a cru jeter un grand jour sur la question, en comparant la fièvre typhoïde à la variole ; mais, outre que c'est là tout simplement reculer la difficulté, puisque nous n'avons que des idées vagues sur la nature de la variole, M. Louis a prouvé par les faits (2) que, si la fièvre typhoïde se rapproche de la variole par quelques caractères, elle s'en éloigne par d'autres.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut compter MM. Forget et Bouillaud, regardant la fièvre typhoïde comme une entérite particulière, donnent à l'altération intestinale la même valeur qu'à l'inflammation du poumon dans la pneumonie ; mais la faculté contagieuse de cette maladie, qui n'affecte qu'une seule fois le même individu, est un caractère distinctif suffisant pour nous faire admettre autre chose qu'une simple inflammation. M. Delarroque (3) regarde comme la cause de tous les accidents une certaine *altération de la bile*, dont il ne donne qu'une vague définition. C'est là une hypothèse fondée sur une observation incomplète.

De tout cela il résulte que nous ne connaissons pas encore la cause essentielle organique de la fièvre typhoïde, et que nous devons tenir compte à la fois de la lésion locale et de l'infection générale qui nous est révélée par la propriété contagieuse de cette affection.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la fièvre typhoïde ont été parfaitement étudiés ; je n'aurai pas,

(1) Voy. *Typhus des camps, des prisons*, etc.
(2) *Loc. cit.*, 2e édit., p. 507 et suiv. ; *Anal. et diff.*, etc,
(3) *Trait. de la fièvre typhoïde*, 1847.

par conséquent, à discuter à chaque pas la valeur des assertions des auteurs, et, par cela même, je pourrai les décrire rapidement; mais il est nécessaire de suivre un ordre rigoureux, à cause de la multiplicité de ces symptômes. M. Chomel a trouvé dans la fièvre typhoïde une *invasion* avec ou sans *préludes*, et *trois périodes distinctes*. Je dirai un mot des préludes et de l'invasion; mais la division en trois périodes est trop artificielle pour que je ne me borne pas à la mentionner. Je dirai quelques mots séparément de la *fièvre typhoïde chez les enfants.*

Prodromes. Les prodromes n'ont lieu que dans un tiers des cas environ. Ils consistent en une expression de tristesse de la face; une moins grande aptitude aux travaux de l'esprit; du malaise, le brisement des membres; une fatigue dont on ne trouve pas la raison dans l'exercice ou les travaux, la perte de l'appétit, des selles liquides; la densité, l'odeur fétide de l'urine; quelquefois des nausées et des vomissements.

Ces symptômes ne se présentent pas tous réunis chez le même sujet; car, s'il en était ainsi, ils constitueraient déjà par leur ensemble un état de maladie notable; mais on peut se demander si, même lorsqu'il n'en existe que quelques-uns, la lésion intestinale ne s'est pas déjà produite, et si, par conséquent, on a complétement raison de ne voir dans ces symptômes que des prodromes, au lieu d'une invasion lente de la maladie.

Invasion brusque. Que les symptômes précédents aient existé, ou qu'ils aient complétement manqué, la maladie débute avec une plus ou moins grande violence: ordinairement par des frissons plus ou moins multipliés et alternant avec la chaleur, et à ces frissons se joignent la céphalalgie, une grande lassitude, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de se reposer plusieurs fois pour faire une course qu'ils auraient répétée plus ou moins souvent sans fatigue avant leur maladie; l'altération des traits de la face, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, l'anorexie, la soif, des douleurs de ventre, et, dans le plus grand nombre des cas, des selles liquides qui surviennent dans les premières vingt-quatre heures.

Symptômes de la maladie confirmée. Si nous examinons d'abord ce qui se passe du côté du tube digestif, nous trouvons, dès le début, des *douleurs de ventre* chez le plus grand nombre des sujets. Ces douleurs, quelquefois semblables à des coliques, plus souvent vagues et sans caractère précis, occupent ordinairement les fosses iliaques et principalement la droite; parfois l'hypogastre et l'épigastre; parfois aussi tout l'abdomen. La pression augmente presque toujours cette douleur, surtout dans la fosse iliaque. Il résulte des recherches de M. Louis que la prompte apparition et l'intensité de ces douleurs sont en rapport direct avec l'intensité de la maladie elle-même. Ces douleurs ne persistent généralement pas pendant tout le cours de la maladie; même dans les cas les plus graves, elles peuvent disparaître au bout de trois ou quatre jours, et dans les autres, au bout de vingt-quatre heures. Quelquefois elles se reproduisent après avoir disparu pendant un certain temps. Dans quelques cas, en faible minorité, le ventre reste indolore.

Diarrhée. Chez plus de la moitié des sujets, la diarrhée se déclare dans les premières vingt-quatre heures; chez la plupart des autres, elle se montre du deuxième au quatorzième jour de la maladie, mais plutôt à une époque rapprochée du premier terme. Son degré est variable; le plus souvent il y a de quatre à huit selles par jour; mais parfois il n'y en a qu'une ou deux, ou au contraire quinze ou vingt.

Les matières rendues sont très ténues ; au fond on voit quelques parcelles jaunâtres, rarement des matières solides. Chez un petit nombre de sujets, elles sont brunâtres, ont la consistance d'une purée liquide, et sont parfois très fétides ; dans quelques cas, elles offrent l'aspect du marc de café, et dans un petit nombre on trouve une certaine quantité de sang pur, noir, se présentant sous forme de caillots plus ou moins volumineux, ou restant liquide, ce qui est plus rare. Nous verrons plus loin quelle est la valeur pronostique de cette hémorrhagie intestinale. Il est très rare de trouver dans les selles une quantité un peu notable de mucus.

Chez un très petit nombre de sujets, loin d'observer de la diarrhée, on trouve au contraire de la constipation pendant tout le cours de la maladie (3 fois sur 101 cas ; Barth).

La diarrhée dure pendant une très grande partie du cours de la maladie, et dans la convalescence encore les malades y sont assez sujets.

Ces détails sont très importants à connaître, parce qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on n'employait pas les purgatifs comme aujourd'hui. Ces moyens, dont on fait un si fréquent usage, empêchent, en effet, qu'on puisse étudier ce symptôme qu'il faut ranger parmi les principaux.

Dans un paragraphe consacré à l'étude du *rapport des lésions avec les symptômes*, je rechercherai quel est ce rapport pour la diarrhée aussi bien que pour les autres phénomènes morbides.

En palpant largement et fortement l'abdomen, on produit très souvent un bruit de *gargouillement*, qui a, dans un bon nombre de cas, son siége dans la fosse iliaque droite, mais qui se fait entendre aussi dans la fosse iliaque gauche, à l'hypogastre, et autour de l'ombilic. Ce symptôme très variable, dû à la présence de liquides mêlés de gaz, dans un point du tube digestif en rapport avec les régions que je viens d'indiquer, a beaucoup moins d'importance que les précédents.

Le *météorisme* est encore un symptôme qui demande toute notre attention, car il est infiniment plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans toute autre affection. Il manque chez un très petit nombre de malades ; il est d'autant plus fréquent, et en général d'autant plus prononcé, que l'affection est plus grave.

Par suite du météorisme, le ventre est plus ou moins volumineux, régulièrement bombé, et sonore dans toute son étendue. Le plus haut degré de sa sonorité est ordinairement vers l'hypogastre et les fosses iliaques.

Du côté de l'*estomac* on observe, outre les douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements bilieux ; mais ces symptômes apparaissent rarement à une époque très rapprochée du début ; ils ne se montrent, en effet, presque jamais avant le huitième ou le neuvième jour, et parfois surviennent beaucoup plus tard.

La *langue* offre un état très variable suivant le degré de la maladie. Dans les cas les plus légers, elle peut rester naturelle, mais plus souvent elle se couvre d'un enduit jaunâtre ; dans les cas graves, elle offre les mêmes caractères au début ; mais après quelques jours de durée de la maladie, elle devient sèche, râpeuse, brunâtre, encroûtée d'une matière sèche ; noire, dure, fendillée, plus ou moins épaisse, comme brûlée ; ses bords sont d'un rouge plus ou moins intense ; enfin, dans les cas les plus graves, cet organe devient gonflé, épais, dur. M. Louis a démontré que cet état de la langue doit être rapporté à une inflammation secondaire de la même nature que beaucoup d'autres que j'aurai occasion de signaler plus loin.

Dans quelques cas fort graves, la langue se recouvre d'un *enduit pseudo-membraneux*, pultacé, ou présente une ou plusieurs *ulcérations*.

La langue, alors même qu'elle conserve sa souplesse et son humidité, offre assez fréquemment, dans les cas d'une certaine gravité, un tremblement manifeste. Lorsque les lésions que je viens d'indiquer se sont produites, les malades ont de la peine à la montrer, ils ne peuvent la pousser qu'entre les dents, parfois même elle reste immobile au fond de la bouche, où on l'aperçoit comme racornie.

Il ne faut pas confondre cette difficulté de montrer la langue, qui résulte de l'état de l'organe, avec celle qui est due à l'état des fonctions cérébrales, et qui fait que les malades la sortent lentement et incomplétement de la bouche, et même l'oublient hors de cette cavité et entre les dents, après l'avoir montrée.

Quelques auteurs ont noté une *fétidité* particulière de l'*haleine*, remarquable surtout chez les enfants.

Dans le *pharynx*, on retrouve des altérations analogues : ainsi, chez quelques sujets, il y a seulement un peu de rougeur ; chez d'autres, il s'y joint le gonflement du voile du palais, de ses piliers ; rarement une tuméfaction considérable des amygdales ; parfois des productions pseudo-membraneuses et des *ulcérations*. Chez certains sujets, les ulcérations gagnent l'œsophage, et même détruisent en partie l'épiglotte.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer ici cette *grande tendance à l'ulcération* qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Voilà, en effet, déjà plusieurs organes dans lesquels nous la rencontrons, et nous verrons plus loin que, dans les intestins, elle forme le caractère essentiel de la maladie.

Dans les cas légers, le pharynx reste à l'état normal, ou à peu près. Ces lésions ne se montrent, du reste, qu'après une certaine durée de la maladie ; elles occasionnent, dans un certain nombre de cas, une plus ou moins grande difficulté de la déglutition, difficulté qui résulte aussi, dans les cas très graves, du trouble profond des fonctions cérébrales.

Du côté des *annexes des voies digestives*, nous n'avons à considérer que l'état de la *rate*, qui est remarquable. A une époque peu éloignée du début de la maladie, on trouve, en effet, la rate presque constamment tuméfiée, et quelquefois à un degré élevé. Le plus souvent les malades ne se plaignent d'aucune douleur dans la région splénique ; mais on peut, dans un certain nombre de cas, y développer un peu de sensibilité par la pression. La palpation et la percussion font reconnaître l'engorgement de la rate, qui, d'après les recherches de M. Louis, ne paraît pas persister pendant tout le cours de la maladie, lorsque celui-ci est un peu long.

Des *symptômes nerveux* remarquables s'observent dans cette affection : c'est d'abord la *céphalalgie*, symptôme à peu près constant qui survient presque toujours dès le début de l'affection, et qui, dans le très petit nombre de cas où il apparaît plus tard, ne dépasse guère le quatrième jour (dans des cas très rares, elle peut ne se montrer qu'au douzième). La céphalalgie est gravative, sans siége parfaitement déterminé, mais occupant plus particulièrement la région frontale. Les malades ne s'en plaignent en général que médiocrement, et elle disparaît au bout de quatre à huit ou dix jours dans les cas les plus ordinaires. Elle ne persiste pas lorsque le délire survient. Dans de très rares circonstances, ce

symptôme a une grande violence et dure pendant tout le cours de l'affection.

Je mentionnerai ensuite les *vertiges*, qui sont d'autant plus marqués que la maladie est plus grave. Ils se manifestent principalement quand le malade se met sur son séant, et surtout quand il descend de son lit. Ce symptôme, qui se montre aussi dès le début et en même temps que la céphalalgie ou à peu près, peut persister pendant tout le cours de l'affection; mais le plus souvent il disparaît après un ou deux septénaires. Les *éblouissements*, les *étourdissements*, les *tournoiements de tête*, la *vacillation*, apparente pour le malade, des objets environnants, constituent ces vertiges si remarquables, et qu'on n'observe à ce degré et avec cette fréquence que dans la fièvre typhoïde.

Un *affaiblissement* d'autant plus considérable que la maladie est plus grave, et que nous avons déjà trouvé parmi les phénomènes du début, est un des symptômes qu'il importe le plus de noter. Même lorsque la maladie est légère, l'abattement des forces est tel, qu'on n'en trouve pas un semblable dans aucune autre affection fébrile de nos climats, toutes choses égales d'ailleurs. Cette prostration des forces va sans cesse en augmentant dans les premiers jours de la maladie, et acquiert son maximum, ainsi que l'a constaté M. Louis, du dixième au treizième jour.

Une *stupeur* plus ou moins prononcée se manifeste chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et l'on retrouve des traces de ce symptôme, ainsi que le fait remarquer M. Jacquot (1) dans les cas les plus légers, pourvu qu'on ait soin de mettre de côté la fièvre continue simple. Les malades ont l'air étonné, le regard languissant; ils paraissent comprendre lentement ce qu'on leur dit. A ce symptôme succède, dans les cas d'une certaine gravité, quelquefois dès les premiers jours, ordinairement plus tard, et, terme moyen, vers le quatorzième jour, une *somnolence* dont le degré est très variable. Quelquefois, en effet, le moindre bruit, le moindre mouvement autour du malade suffit pour l'en tirer; dans d'autres cas, il faut l'exciter assez vivement, et il retombe dans son assoupissement dès qu'on a cessé l'excitation. Ce symptôme ne persiste pas pendant tout le cours de la maladie, lorsque la terminaison doit être favorable; il disparaît presque toujours graduellement, en même temps que les autres symptômes s'amendent.

Cet assoupissement dans lequel sont plongés les malades ne les soulage pas; au contraire, ils se plaignent de ne pas dormir, ou bien d'avoir un *sommeil* fatigant, fréquemment interrompu, troublé par des *rêvasseries* continuelles, pénibles, de telle sorte qu'ils cherchent à résister à ce sommeil, que d'un autre côté ils désirent.

Suivant M. Jacquot, qui a beaucoup insisté sur l'importance de la stupeur et du *délire* dans la fièvre typhoïde, ce dernier symptôme serait constant, mais serait quelquefois si léger qu'il faut une très grande attention pour le découvrir. Sans me prononcer sur cette question, et tout en admettant que, dans un certain nombre de cas, une observation de tous les instants peut découvrir des traces de délire peu appréciables à l'observation ordinaire, je ferai remarquer que les autres observateurs ne sont pas arrivés à un semblable résultat, et que, dans les cas légers, les réponses des malades sont toujours raisonnables. Chez 56 sujets qui ont guéri, M. Louis n'a noté l'existence du délire que trente-neuf fois.

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1845.

Le délire est, comme on le voit, un symptôme des plus importants : il se montre rdinairement de deux à six jours après la somnolence, rarement il la précède. omme elle, il dure jusqu'à la fin de la maladie, lorsque la terminaison est fatale, t se dissipe ordinairement en même temps que les autres symptômes s'amendent, lans les cas de guérison.

C'est surtout pendant la nuit que se manifeste le délire; il en est presque tou-ours ainsi lorsqu'il est léger. Les malades se lèvent, cherchent à s'habiller, sortent le leur chambre, puis ne retrouvent plus leur lit; ou bien ils parlent haut, tien-ient des propos incohérents. Dans quelques cas, ils ne sont occupés que d'un bjet; quelquefois ce n'est qu'un marmottement inintelligible. Par moments, ce lélire peut devenir furieux, et, lorsque la maladie est grave, on voit souvent les ujets constamment agités, criant, menaçant, cherchant à se lever, à se précipiter par la fenêtre, de telle sorte qu'il faut de toute nécessité les attacher dans leur lit.

Lorsque le délire n'est pas très violent, on parvient, en fixant l'attention du malade, à le faire cesser et à obtenir des réponses justes; mais, dès qu'on cesse l'interrogatoire, il retombe dans ses divagations.

Les *bourdonnements*, les *tintements d'oreille* sont des phénomènes fréquents dans la maladie qui nous occupe; ils se montrent principalement chez les sujets qui ont des vertiges. Il est plus rare de rencontrer un *trouble* marqué de la *vue*, et surtout le *strabisme*. L'état des pupilles n'a pas encore été suffisamment étudié.

Les *spasmes*, les *contractions toniques*, les *soubresauts des tendons*, le *tremblement des lèvres*, la *carphologie*, sont des phénomènes du même ordre et qu'on peut réunir dans une même indication. La contracture se fait remarquer dans les membres supérieurs, au cou, quelquefois même dans les muscles vertébraux. Cette contracture est plus ou moins difficile à vaincre. On a vu, dans quelques cas rares, une contracture des muscles du pharynx, cause nouvelle de difficulté de la digestion, qu'il faut ajouter à celles que j'ai mentionnées plus haut. Je n'ai pas besoin de décrire les soubresauts des tendons et les divers mouvements irréguliers, il suffit de les indiquer. Une remarque qui s'applique à toutes ces perversions de la motilité, c'est qu'elles ne surviennent que dans les cas graves dont le plus grand nombre se termine par la mort.

L'*état de la peau* mérite une description particulière. On observe sur l'enveloppe cutanée des phénomènes de diverses espèces : je signalerai d'abord les *taches roses lenticulaires*, qui constituent un symptôme important. Ces taches ont une couleur qui varie du rose pâle au rose foncé; elles sont arrondies et font une légère saillie que l'on constate en promenant légèrement le doigt sur la peau. Leur diamètre varie de deux à trois ou quatre millimètres au plus; elles disparaissent sous la pression, pour se reproduire immédiatement après. Leur siége le plus ordinaire est à la base de la poitrine, en avant, et sur le ventre. Cependant on en trouve assez fréquemment au haut des cuisses, à la partie postérieure du tronc, quelquefois sur les bras et les jambes, et, dans quelques cas, elles occupent toutes les régions du corps. Il est rare que ces taches se montrent très nombreuses à la fois : souvent on n'en trouve qu'une douzaine sur la partie antérieure du corps; dans quelques cas exceptionnels, l'éruption est presque confluente.

Les taches ne se montrent pas dès le premier jour; le plus souvent c'est du septième au dixième jour, mais il n'est pas très rare de les voir survenir plus tard.

La durée totale de l'éruption varie entre trois et dix-sept ou dix-huit jours, parfois davantage; terme moyen, sept jours. Quant à la durée de la tache ellemême, elle est de trois ou quatre jours, de sorte que, dans les éruptions de longue durée, on voit apparaître d'abord quelques taches, puis ces taches vont en s'affaiblissant pendant que d'autres se développent, et ainsi de suite. Lorsque la tache est sur le point de disparaître, elle prend une couleur un peu plus sombre et terne; les taches rosées lenticulaires, n'apparaissant quelquefois qu'après le dixième et le douzième jour, et, d'un autre côté, ne durant que quelques jours, on peut expliquer en partie par là les différences que certains auteurs ont trouvées dans leur fréquence. Si, en effet, les malades se sont présentés trop tard, elles ont pu disparaître; si l'on s'est trop hâté de décider qu'il n'y avait pas de taches, on peut avoir commis une erreur qu'un examen ultérieur aurait rectifiée. Cependant il est certain que, dans quelques cas, on ne trouve pas d'éruption; j'en ai vu des exemples, quoique les malades fussent examinés jour par jour depuis une époque rapprochée du début. M. Louis a vu trois cas semblables à la Pitié, et les autres observateurs en ont signalé un certain nombre. Néanmoins les taches rosées lenticulaires ont une grande valeur, car elles se montrent dans la fièvre typhoïde avec une fréquence incomparablement plus grande que dans toutes les autres maladies, qui n'en offrent presque pas d'exemples. Du reste, l'abondance de l'éruption et sa persistance n'ont pas de rapport direct avec l'intensité de l'affection.

Une autre éruption, qui a son importance, est l'éruption de *sudamina*, qui se rencontre chez les deux tiers au moins des malades. Les sudamina sont des vésicules formées par l'accumulation, sous l'épiderme, d'un liquide transparent et incolore; ces vésicules ont une dimension qui varie de deux à quatre millimètres. Dans le premier cas, elles sont arrondies; dans le second, elles sont oblongues comme des larmes. Leur nombre est très variable. Leur siége principal est le cou, le voisinage de l'articulation scapulo-humorale et la région épigastrique. Quelquefois elles couvrent tout le corps, et sont très confluentes. On les rompt facilement par le frottement, et, lorsqu'elles sont très rapprochées, on peut quelquefois enlever des lambeaux d'épiderme assez étendus.

Les sudamina ne se montrent guère avant le douzième jour; leur durée est de trois à dix jours environ. Quand ils disparaissent, le liquide se résorbe et il en résulte une desquamation ordinairement ténue et farineuse. Lorsqu'ils sont très nombreux, les vésicules peuvent se rompre, et alors les lambeaux épidermiques, dont j'ai parlé plus haut, se détachent. Les sudamina, comme leur nom l'indique, ont été regardés comme un résultat des sueurs plus ou moins abondantes qu'auraient pu avoir les malades. M. Bouillaud a soutenu très vivement cette opinion; mais si l'on interroge attentivement les malades, on voit qu'il n'y a réellement aucun rapport entre les sueurs et cette éruption; et, d'un autre côté, nous savons que dans les maladies où les sueurs sont beaucoup plus constantes et beaucoup plus considérables, les sudamina sont loin d'être aussi fréquents et aussi remarquables.

Des taches d'une tout autre nature que les *taches roses lenticulaires* se montrent dans quelques cas : ce sont des *pétéchies*. Ce symptôme doit être considéré comme fort rare, car MM. Louis et Chomel ne l'ont pas rencontré. Ces pété-

hies ont pour caractère d'être d'un violet foncé, et de ne pas disparaître sous la ression.

D'autres taches ont été mentionnées : ce sont précisément celles que M. Daasse a décrites dans son *Histoire de la fièvre simple continue* (1), sous le nom e *taches bleues*. Il n'est pas douteux que, dans quelques cas, il n'y ait eu erreur e diagnostic ; et ce qui doit le faire admettre, c'est que les auteurs qui ont gnalé ces taches dans la fièvre typhoïde ont été frappés de la bénignité de la aladie. Cependant il est quelques cas qu'on ne peut rapporter qu'à la fièvre phoïde ; pour mon compte, j'en ai vu deux exemples en 1847, à l'Hôtel-Dieu nexe, et quelques autres depuis.

L'*érysipèle* est une inflammation de la peau qui ne se manifeste que dans un rtain nombre de cas graves, et le plus ordinairement mortels (2). Il ne survient u'à une époque assez avancée de la maladie. Il a son siége principal à la face ; ais, dans quelques cas, il se développe dans d'autres parties du corps, et envahit rfois une grande étendue de l'enveloppe cutanée ; parfois aussi il se termine par gangrène.

D'autres éruptions cutanées peuvent encore se montrer ; mais on ne les observe ue dans un petit nombre de cas, et elles n'ont qu'une très faible importance. Ce nt des *érythèmes*, la *miliaire*, l'*urticaire*, l'*herpès labialis*, le *lichen*, etc.

La peau, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, a une tendance marquée à la *ngrène*. C'est principalement sur les parties qui supportent le poids du corps, et ui sont toujours en contact avec le lit, que se produisent les gangrènes plus ou oins étendues. Elles ne se manifestent qu'après une assez longue durée de la madie, commençant par une rougeur légère et un léger gonflement qui bientôt igmentent et s'étendent. Plus tard, la peau prend une teinte violacée, se ramollit, détache, et laisse à nu une plus ou moins grande étendue du tissu sous-cutané ui se mortifie à son tour. Le siége de prédilection de la gangrène cutanée est au crum, d'où elle s'étend quelquefois au loin ; on l'observe aussi au niveau des ands trochanters chez les sujets amaigris, aux talons, aux coudes, partout, en un ot, où la pression s'exerce sur des saillies osseuses. La surface des vésicatoires a issi une grande tendance à se mortifier, et quelquefois la gangrène est provoquée r une trop longue application des sinapismes.

La *face* présente des phénomènes remarquables. Elle exprime, dès le début, battement ; dans quelques cas, une certaine anxiété. Les yeux sont languissants, demi voilés par les paupières ; vifs, hagards quand il y a un délire aigu. Fréemment ils sont injectés, parfois chassieux, et offrent chez quelques sujets un rtain degré de strabisme. La coloration de la face est remarquable. Elle est, en fet, comme plaquée de rouge plus ou moins livide, dans quelques cas, légèment bleuâtre. On observe aussi la *pulvérulence des narines* et quelquefois des ls. Vers la fin de la maladie, la face est très amaigrie. Ces symptômes sont, en néral, d'autant plus marqués, que l'affection est plus grave et plus avancée. ans les cas les plus légers, il n'y a qu'un peu d'abattement et la coloration parculière que je viens d'indiquer.

(1) Voy. l'article précédent.
(2) Voy. art. *Érysipèle*, t. V de cet ouvrage.

Dans quelques cas graves, on observe une coloration bleuâtre sur tout le corps. J'en ai vu un exemple remarquable il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu annexe. Le malade guérit. C'est là ce qu'on a appelé la *cyanose typhoïde*.

Des *épistaxis* plus ou moins abondantes se montrent dans un grand nombre de cas. M. Barth (1) les a observés dans la moitié des cas soumis à son observation; M. Jacquot (2) les a vues quarante-six fois sur cent huit cas. M. Louis les a notées vingt-sept fois chez trente-quatre sujets. C'est un symptôme qui survient à peu près à toutes les époques de la maladie. L'abondance de l'hémorrhagie est ordinairement modérée. Dans plusieurs cas que j'ai observés, l'action de vomir, provoquée par un vomitif, détermina manifestement l'hémorrhagie, car elle se reproduisit chaque fois qu'on employa ce moyen, et cessa immédiatement après. L'abondance et la fréquence des épistaxis n'ont pas de rapport direct avec l'intensité et la gravité de la maladie.

Les *organes de la respiration* demandent aussi à être étudiés, car dans cette maladie il n'est pas une seule fonction qui ne souffre. La voix est ordinairement un peu affaiblie; quelquefois complétement voilée, non seulement quand il y a des fausses membranes dans la bouche et dans l'arrière-gorge, mais dans d'autres cas encore. Presque tous les sujets ont une toux généralement peu fréquente et peu fatigante; les crachats sont rares, mêlés de sang venant des fosses nasales quand il y a des épistaxis; parfois puriformes et annonçant une bronchite assez intense. A l'*auscultation*, on trouve, chez presque tous les sujets qui toussent, un *râle* universel, ordinairement sonore et sifflant, quelquefois sous-crépitant et humide. Ce râle survient ordinairement vers le cinquième ou le sixième jour de l'affection. Lorsque la toux est très légère, on ne trouve pas ces râles. Cependant la *percussion* de la poitrine ne fait observer rien de remarquable, en sorte que, s'il y avait de la matité, on devrait reconnaître l'existence d'une complication.

Il n'est pas jusqu'à l'*appareil génito-urinaire* qui ne soit le sujet de quelques considérations intéressantes. Je signalerai d'abord la *rétention d'urine*, si fréquente lorsque le délire est intense; le médecin doit être, en pareil cas, toujours attentif, afin que l'urine ne distende pas la vessie outre mesure. M. Cossy (3) a observé des cas très remarquables de *gangrène de la vessie* dans des cas de fièvre typhoïde. Cette gangrène était annoncée par l'odeur *sui generis* qu'exhalait l'urine.

L'*urine* a été examinée par MM. Andral, Rayer, Martin-Solon, Becquerel. Ce qui résulte de plus général de ces recherches, c'est que l'urine est ordinairement acide; qu'on la trouve quelquefois naturelle, même à l'époque où la convalescence se déclare; qu'elle est ordinairement dense, fortement colorée, prompte à s'altérer à l'air; qu'assez fréquemment, au moment où la convalescence se déclare, elle devient jumenteuse, contient beaucoup de sels, ainsi que de la bile (Martin-Solon), et forme par l'addition de l'acide nitrique un précipité auquel on a donné le nom de *critique*.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Rech. pour servir à l'histoire de la fièvre typhoïde*, thèse. Montpellier, 1843, et Paris, 1845.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1849, t. XIX, p. 385.

On a vu quelquefois la *menstruation* avancée ou retardée par l'invasion de la ›vre typhoïde. L'*avortement* est une conséquence fâcheuse qu'il faut craindre ıand cette maladie se déclare, à quelque époque que ce soit de la grossesse.

Lorsque l'affection est grave, la *chaleur* qui succède aux frissons s'élève rapiment et devient bientôt âcre, brûlante, parfois sèche, plus souvent accompagnée : *sueurs* qui ne sont pas en rapport avec son intensité, et qui se manifestent prinpalement vers le soir, après le paroxysme ou pendant le sommeil de la nuit.

Le *pouls* est fréquemment petit et serré dans les cas graves; dans les autres, il 'ésente souvent sa largeur normale. Dans les cas les plus graves, il est assez ornaire de le trouver faible, mou, inégal, irrégulier, tremblottant. On a, dans un rtain nombre de cas, noté le pouls redoublé ou *bis feriens*. Quant à sa fréquence, le est toujours assez considérable dans les cas graves, s'élevant presque conımment au-dessus de cent pulsations, et souvent atteignant cent vingt et plus. ıns les cas légers, le pouls reste ordinairement au-dessous de 100, et quelqueis il est remarquable par sa lenteur et par sa régularité, au moins à certaines ›oques de la maladie. Lorsque l'affection se termine par la mort, on voit la fréıence du pouls s'accroître à mesure qu'on approche du dernier moment, et en ême temps son étroitesse augmenter au point que dans quelques cas il devient isérable.

M. Barth (1) a observé, dans le cours de la fièvre typhoïde, des *hémorrhagies usculaires*. Il en a cité un exemple très remarquable. En pareil cas, il survient, it dans un membre, soit dans la paroi antérieure de l'abdomen, une tumeur exèmement douloureuse formée par le foyer sanguin.

Tels sont les nombreux symptômes de la fièvre typhoïde. Il me reste maintenant indiquer d'une manière plus facilement saisissable leur succession et leur enchaîment. C'est ce que je me propose de faire dans l'exposé de la marche de la madie, après avoir dit quelques mots de la fièvre typhoïde des enfants.

Fièvre typhoïde des enfants. Le diagnostic des maladies étant très difficile chez s enfants, surtout lorsqu'on se rapproche de l'époque de la naissance, et la fièvre phoïde devant être placée en première ligne sous ce rapport, il faut nécessaireent rechercher si cette maladie diffère plus ou moins de la description que je ens de présenter. Je vais, sous ce point de vue, examiner chaque symptôme en rticulier, à l'aide des documents que nous ont fournis MM. Taupin, Rilliet et ırthez, et que M. Louis a consignés dans son ouvrage.

Les *douleurs de ventre*, la *diarrhée*, le *météorisme*, se montrent de la même anière et à peu près dans la même proportion que chez les adultes. Les *vomisseents* sont beaucoup plus fréquents au début, et M. Rilliet les a trouvés plus nomeux et plus persistants, en général, chez les enfants qui ont succombé.

L'état de la *langue* et de l'*arrière-bouche* est le même. M. Taupin a vu, dans usieurs cas, la *déglutition* gênée.

La *céphalalgie*, la *stupeur*, la *somnolence*, le *délire*, les *spasmes*, d'après . Rilliet, sont des symptômes qui se montrent, chez les enfants comme chez les ultes, aux mêmes époques de la maladie, et à peu près dans les mêmes proporıns. Suivant M. Taupin, la *prostration* est, toutes choses égales d'ailleurs, un

(1) *Union médicale*, 23 octobre 1847.

peu moindre chez les enfants. Le même auteur a, dans presque tous les cas, observé des *douleurs des membres*, et il a noté que, dans les cas où leur durée s'est prolongée, la taille des enfants avait pris un *accroissement* notable.

L'*épistaxis*, qui semblerait devoir être plus fréquente chez les enfants, l'est au contraire beaucoup moins : car M. Taupin ne l'a notée que trois fois sur 121 sujets, et M. Rilliet qui l'a observée plus fréquemment, l'a trouvée néanmoins dans une proportion de cas beaucoup moindre que chez les adultes. La *surdité* et surtout les *bourdonnements* d'oreille sont notés dans une faible proportion, ce qui sans doute tient, en grande partie du moins, à la difficulté qu'on éprouve à en constater l'existence.

Les *taches rosées lenticulaires* se montrent dans la même proportion des cas que chez l'adulte, et ont la même marche : seulement leur évolution paraît être un peu plus rapide, et leur apparition un peu plus rapprochée du début de la maladie. Les *sudamina* ne présentent aucune différence ; l'*érysipèle* n'a pas été mentionné. Les *escarres* se montrent comme chez l'adulte.

Le *mouvement fébrile* est très sensiblement le même. Ainsi on remarque les frissons, la chaleur, les sueurs, dans les mêmes circonstances, et leur intensité suit les mêmes variations ; le *pouls* est seulement un peu plus fréquent ; mais comme, dans l'enfance, cette fréquence proportionnelle existe dans l'état de santé, on peut considérer les faits comme identiques. On compte généralement de cent vingt à cent quarante pulsations dans les cas un peu graves, et parfois beaucoup plus. Plein, fort et vibrant au début, le pouls devient petit, filiforme, difficile à compter après le premier septénaire, surtout chez les sujets qui doivent succomber.

Enfin, du côté des *organes respiratoires*, les enfants présentent les mêmes symptômes que les adultes, et l'on observe chez eux la *rétention d'urine* lorsque les accidents cérébraux sont très intenses.

En résumé, la fièvre typhoïde des enfants est presque complétement identique avec celle des adultes, et j'aurais pu me borner à cette proposition, si je n'avais voulu montrer qu'elle est la conséquence d'une observation attentive et d'un examen détaillé.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie a paru avec raison un des points les plus importants de son histoire. C'est pourquoi je vais tracer rapidement le tableau général de cette affection, pour qu'on puisse bien saisir la succession des symptômes. J'indiquerai ensuite les périodes qu'on a admises et ce qui les caractérise.

Au début, après un état de malaise plus ou moins prolongé, ou plus souvent sans malaise préalable, frissons, céphalalgie, lassitude, brisement des membres, anorexie, soif, douleur de ventre, le plus souvent selles liquides et plus ou moins nombreuses.

La chaleur succède bientôt aux frissons et devient permanente, redoublant le soir, avec des sueurs fréquentes pendant la nuit. Il y a de la stupeur ; la faiblesse augmente ; les étourdissements, les éblouissements se déclarent.

Vers le septième ou huitième jour, la stupeur se change en somnolence ; bientôt après survient le délire ; le sommeil est mauvais, interrompu ; il y a des rêvasseries fatigantes. La toux et les autres symptômes pulmonaires se déclarent. A peu près

ers cette époque, surviennent les taches rosées lenticulaires, un peu plus tard les odamina.

Les malades se plaignent de bourdonnements, de sifflements d'oreille, de surité; la face est plaquée de rouge plus ou moins sombre; l'œil est à demi voilé, uelquefois brillant dans le délire; les narines sèches, pulvérulentes; la langue, ans les cas graves, se dessèche, s'encroûte, est difficilement tirée, ainsi que les vres et les dents (fuliginosité); il survient du météorisme; la diarrhée fait es progrès; les nausées, les vomissements se déclarent dans un certain nombre e cas.

Jusqu'à l'époque de la maladie où nous sommes, le pouls est resté assez large et at ordinairement de 100 à 110 fois par minute.

Plus tard, les phénomènes sont très différents, suivant que les sujets doivent ıccomber ou doivent guérir. Dans le premier cas, l'affaiblissement devient exême; le délire alterne avec la somnolence ou même le coma; il se forme des scarres dans diverses parties du corps; le météorisme augmente; les selles sont arfois involontaires, et il y a fréquemment rétention d'urine; il survient des pasmes, des contractures, du tremblement dans diverses parties, de la carpholoie. « Enfin, dit M. Louis (1), la mort survient, soit au milieu du délire, soit dans ne sorte de calme, les malades n'ayant perdu connaissance que quelques heures uparavant, quelquefois d'une manière imprévue. »

Le même auteur a décrit avec grand soin ce qui se passe chez les sujets atteints e fièvre typhoïde grave qui guérissent. « Après un certain temps, dit-il (2), à une poque plus ou moins éloignée du début, qui varie de quinze à cinquante jours et u delà, suivant la marche rapide ou lente de l'affection, les symptômes les plus raves et les plus caractéristiques, la somnolence, le délire, le météorisme diminuaient, puis cessaient bientôt complétement; le nombre des selles était moins onsidérable, la soif moins vive; la langue se dépouillait de l'enduit plus ou moins runâtre qu'on y observait assez souvent.... La physionomie devenait plus natuelle; les malades commençaient à prendre part à ce qui les environnait, demandaient quelques aliments, semblaient en quelque manière renaître à la vie : sorte e résurrection extrêmement remarquable dans quelques cas où l'amélioration fut ès rapide. La chaleur diminuait, le pouls était moins accéléré, enfin toutes les onctions revenaient peu à peu à leur état habituel. »

Convalescence. Je viens d'indiquer le commencement de la convalescence dans n certain nombre de cas; mais il est quelques particularités qu'il faut encore entionner. Un fait que nous devons d'abord signaler, c'est que la convalescence toujours une assez longue durée, et que cette durée est généralement en rapport vec l'intensité de la maladie. Les malades restent pendant un certain temps faibles, ıcapables de se livrer au travail, promptement fatigués. L'amaigrissement qui est 'autant plus considérable que la maladie a duré plus longtemps, disparaît assez ntement chez beaucoup de sujets; chez d'autres, il y a persistance de certains ymptômes qui rendent la convalescence longue et difficile. Ainsi, quelques uns onservent de la chaleur, une accélération du pouls parfois considérable, un peu

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. II, p. 423.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 426.



de dévoiement; chez d'autres, le dévoiement survient dès qu'on veut augmenter un peu la quantité des aliments; d'autres enfin ont des sueurs plus ou moins copieuses pendant la nuit qui les maintiennent dans un état de faiblesse marqué. Il en est qui conservent, pendant un temps plus ou moins long, un affaiblissement de l'intelligence. Les escarres qui se sont formées dans les diverses parties du corps retardent aussi la convalescence, et, lorsqu'elles sont considérables, elles la rendent très longue et difficile, la séparation des parties mortifiées et la suppuration maintenant les malades dans un état de débilité plus ou moins considérable.

On a beaucoup discuté sur la *durée* de la fièvre typhoïde, parce qu'on a attribué à certains traitements une grande action sur la marche de la maladie. Je n'entrerai pas dans cette discussion; je dirai seulement que les cas cités comme guéris en sept ou huit jours sont très probablement des cas de fièvre simple continue; on en voit des exemples dans les écrits de plusieurs auteurs qui ont préconisé des traitements spéciaux. Parfois aussi il a pu y avoir des erreurs de diagnostic.

La durée de la fièvre typhoïde est très différente suivant les cas : dans les cas légers, elle varie de quatorze à vingt ou vingt-cinq jours; dans les cas graves, elle est de vingt à trente-cinq, quarante jours, et parfois beaucoup plus.

La fièvre typhoïde est une des maladies aiguës dont la *terminaison* est le plus souvent fatale. Il est des cas où les symptômes sont d'une violence telle, qu'ils emportent les malades au bout de sept, huit ou dix jours; ces cas sont rares. Le plus souvent la mort survient du quatorzième au trentième jour.

L'érysipèle, l'inflammation pseudo-membraneuse des voies aériennes, l'œdème de la glotte, la suppuration du pharynx hâtent la mort ou la déterminent par eux-mêmes. M. Vigla a cité un cas de mort par rupture de la rate (1). Il est rare que les escarres soient assez considérables pour produire le même effet, mais ce n'est pas sans exemple. Chez un petit nombre de sujets, la mort est causée par un accident terrible; je veux parler de la *perforation de l'intestin*. Il en résulte une péritonite suraiguë qui emporte ordinairement les malades avec rapidité, mais dont je ne dois pas m'occuper ici, l'ayant décrite avec de grands détails dans une autre partie de cet ouvrage (2).

Je dois ajouter que, d'après plusieurs auteurs, la péritonite peut survenir par extension de l'inflammation, sans perforation. J'ai dit dans une autre partie de cet ouvrage (3) quelle était ma manière de voir à cet égard; je dois ajouter, toutefois, que M. Thirial (4) a cité depuis deux observations dans lesquelles l'autopsie a été faite; aucune trace de perforation n'a été rencontrée; mais on avait négligé de recourir à un moyen indispensable, je veux parler de l'insufflation intestinale, ce qui nous force de garder la même réserve que par le passé.

Dans quelques cas, la mort arrive subitement et d'une manière imprévue.

(1) *Arch. de méd.*
(2) Voy. t. III, art. *Péritonite.*
(3) Voy. t. III, art. *Péritonite.*
(4) *Union médicale*, 14 juillet 1853.

§ V. — Formes de la maladie.

A l'époque où l'on commença à substituer le nom de *fièvre typhoïde* aux autres dénominations des fièvres graves, il était important de s'occuper des divers aspects, des diverses physionomies que peut présenter cette maladie. Il fallait, en effet, démontrer que ces fièvres, désignées sous les noms de fièvres *inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *nerveuse*, *adynamique*, ne sont autre chose que la fièvre typhoïde ; et un bon moyen de le démontrer, était de faire voir que celle-ci se présente avec tous les caractères de ces diverses fièvres. Mais aujourd'hui que le fait n'a plus besoin de démonstration, toutes ces distinctions de formes ne sauraient avoir un véritable intérêt que si elles ont une utilité pratique bien réelle, et si elles ne tendent pas à faire perdre de vue les caractères généraux de la fièvre typhoïde. Or, c'est ce qu'il s'agit d'examiner.

M. Chomel admet cinq formes dans la fièvre typhoïde : ce sont celles que je viens de mentionner tout à l'heure. La première est la *fièvre typhoïde inflammatoire*. Elle existe *surtout au début*, et est caractérisée par la plénitude, la fréquence du pouls, la chaleur, etc. Qui ne voit d'abord qu'une forme qui ne se montre qu'au début a déjà quelque chose de singulier ? La maladie pourra donc avoir toutes les formes : au début, inflammatoire ; plus tard, bilieuse ; plus tard encore, nerveuse ; enfin adynamique ? Il est évident que de semblables distinctions n'ont qu'un faible intérêt. Mais il y a plus : est-ce que, même lorsque les malades ont les symptômes que je viens d'indiquer, ils ne sont pas notablement affaiblis ? Il y a donc déjà de l'adynamie. Est-ce qu'ils n'ont pas des vertiges, de l'agitation, des rêvasseries ? Il y a donc de l'ataxie. Est-ce qu'ils n'ont pas la bouche pâteuse, des nausées, parfois des vomissements ? Voilà le caractère bilieux. Je pourrais passer ainsi en revue tous les états qui ont été signalés comme caractérisant des formes particulières, et toujours je trouverais que les symptômes de la fièvre typhoïde y sont réunis à un degré plus ou moins élevé, et que si, au premier abord, il en est quelques uns qui semblent masqués par les autres, un examen un peu attentif les fait bientôt découvrir. Qu'on examine, par exemple, un sujet dans l'*ataxie* la plus complète, ou bien un cas qu'on puisse citer comme un exemple de *fièvre nerveuse ;* est-ce que les voies digestives n'offrent pas de leur côté des symptômes de fièvre muqueuse ? Est-ce que le malade n'est pas faible, tremblant sur ses jambes, pouvant à peine se soutenir, couché sur le dos, hors des moments de paroxysme du délire ? Est-ce que la chaleur de la peau n'est pas élevée ?

En voilà assez, je pense, pour démontrer que ces distinctions n'ont pas une utilité suffisante. Il vaut beaucoup mieux se pénétrer de cette vérité, que tous les principaux symptômes existent à un degré variable, et bien étudier ensuite la marche de la maladie qui nous apprend à quelle époque ils prennent de l'accroissement ou disparaissent. Je ne ferai par conséquent que mentionner les formes *cérébrale*, *abdominale*, *pectorale* (Littré), que leurs noms font assez connaître. Quant aux formes *sidérante* et *arthritique*, elles sont établies sur des circonstances de médiocre intérêt.

La *forme rémittente* n'a le plus souvent d'autre caractère que d'offrir le soir des paroxysmes plus forts qu'à l'ordinaire. Elle ne cède pas au sulfate de quinine, et

par conséquent il faut se garder de la confondre avec la fièvre rémittente proprement dite dont je parlerai dans un autre article. M. le docteur Worms (1) n'admet pas la fièvre continue proprement dite ; il ne voit dans celles qu'on appelle ainsi, qu'une chaîne d'accès difficiles quelquefois à distinguer, mais qui n'en existent pas moins ; aussi verrons-nous plus loin les conséquences que ce médecin en tire pour le traitement.

La maladie n'offre, dans quelques cas rares, que des symptômes fort légers et qui permettent aux malades de se livrer encore plus ou moins bien à leurs occupations pendant un assez long espace de temps ; c'est là la *forme latente* ou *insidieuse.*

§ VI. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été décrites avec un soin extrême par M. Louis d'abord, et ensuite par un bon nombre d'auteurs. Je ne donnerai qu'un court résumé de leurs recherches.

Commençons par la lésion principale : celle des glandes de Peyer. Ces glandes peuvent être altérées de deux manières différentes. Tantôt les plaques se montrent rouges, tuméfiées, avec un ramollissement notable de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux : c'est ce que l'on a nommé *plaques molles* (Louis) ou *réticulées* (Chomel). Tantôt, au contraire, elles offrent une dureté remarquable ; le tissu sous-muqueux est transformé, dans une partie de la plaque ou dans toute son étendue, en une matière homogène, sans organisation apparente, luisante à la coupe, et plus ou moins résistante ou friable ; quant à la membrane muqueuse, elle présente les mêmes altérations que dans le cas précédent : cette deuxième forme de la lésion des plaques est celle à laquelle on a donné le nom de *dure* (Louis) ou de *gaufrée* (Chomel).

Cette altération n'est que le prélude d'une lésion plus profonde qui ne tarde pas à survenir : je veux parler de l'ulcération ; celle-ci, parfaitement circonscrite dans les limites des plaques, présente des variétés d'étendue, de profondeur, de couleur, etc., qu'il serait trop long de décrire ici. J'ajouterai seulement que c'est vers la fin de l'iléon qu'on trouve ces altérations des plaques ; que, lorsqu'elles sont nombreuses, c'est là qu'on en trouve la plus grande quantité ; que, lorsqu'il n'y en a que quelques unes, c'est encore là qu'on les rencontre ; de sorte que leur siége est parfaitement déterminé. Je ne dirai également qu'un mot sur la terminaison des ulcérations : tantôt elles se cicatrisent, ce dont on s'est assuré par l'ouverture des corps, chez des sujets qui ont succombé à une période avancée de la maladie ; tantôt, mais bien plus rarement, l'intestin est entièrement perforé, et les matières qu'il contenait donnent lieu, en s'épanchant, à une péritonite extrêmement aiguë. Dans un certain nombre de cas, on trouve les follicules de Brunner altérés de la même manière, et cela non seulement dans la fin de l'intestin grêle, mais même dans le gros intestin.

Le premier degré de l'altération des plaques s'est montré dès le cinquième ou le sixième jour (Bretonneau, Andral), ou au moins vers le septième ou le huitième (Louis, Chomel). E. Boudet (2) a observé un cas de mort survenue en moins de six jours, et qui offrait des ulcérations intestinales profondes.

(1) *Du trait. de la fièvre typhoïde*, par J. Guipon, thèse, 1852.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. XI, p. 161.

On trouve en outre, dans l'intestin grêle , des signes d'inflammation de la muqueuse ; mais ils sont loin d'être constants.

Les *glandes mésentériques* qui correspondent aux plaques affectées présentent ussi des altérations notables ; elles sont gonflées, plus ou moins rouges, ramollies, t souvent présentent une suppuration manifeste. Ce qui prouve que ces altéraions sont en rapport direct avec celles de l'intestin, c'est que les glandes sont d'auant plus altérées qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale où les plaques sont le plus fortement atteintes ; que si celles-ci ne sont pas encore ulcérées, es ganglions mésentériques ne sont que ramollis, tandis que leur suppuration par oints jaunes disséminés, ou par petits foyers, correspond à l'ulcération des plaques. Enfin, lorsqu'il y a eu un mouvement rétrograde dans la lésion intestinale, on en trouve un semblable dans la lésion mésentérique.

La rate est altérée, tuméfiée, parfois considérablement ramollie, se réduisant n bouillie. On ne la trouve à l'état normal que lorsque les sujets ont succombé ort tard.

Des ulcérations dans le pharynx, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans le gros ntestin ; l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse stomacale, des ganglions cervicaux, du foie, des reins, se montrent seulement dans un certain nombre le cas.

On trouve chez quelques sujets des pseudo-membranes dans les voies aériennes, ur l'épiglotte ; chez d'autres, on voit un œdème de la glotte. La splénisation et 'hépatisation des poumons sont des lésions beaucoup plus fréquentes, mais peu tendues.

On voit sur la peau les traces des lésions indiquées dans la description des ymptômes.

Quelquefois on trouve des fausses membranes minces sur l'arachnoïde et un ertain degré de ramollissement du cerveau. J'ai indiqué plus haut la gangrène de a vessie.

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que je pense qu'il vaut beauoup mieux examiner rapidement la valeur de la lésion principale, c'est-à-dire des lcérations des glandes de Peyer.

Quelle est la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde? Il y a quelques nnées, une discussion s'est élevée sur la valeur des caractères anatomiques de a fièvre typhoïde, et quelques auteurs, rassemblant un certain nombre de cas ans lesquels on avait cru voir les symptômes de la fièvre typhoïde, et qui ne résentaient pas la lésion caractéristique des glandes de Peyer, soutinrent l'opiion que cette lésion, n'étant pas constante, ne pouvait pas être considérée omme essentielle. Depuis lors, la constance de cette altération ne s'étant pas démentie, la discussion perd de son importance, et un petit nombre d'explications uffira.

J'ai traité ailleurs cette question (1) en soumettant les faits à un examen rigoueux, et voici ce qui est ressorti de cet examen : M. Louis a cité une observation obs. 52) dans laquelle les symptômes se rapportaient très bien à la fièvre typhoïde, t cependant on ne trouva à l'autopsie aucune lésion des glandes de Peyer ;

(1) *Consid. sur la fièvre typhoïde*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1839, t. V, p. 75.)

M. Andral a rapporté un cas à peu près semblable, et en outre il a rassemblé neuf observations qui présentaient ce que l'on a appelé l'*état typhoïde*, mais dans lesquelles on trouvait des lésions particulières, telles que la phlébite, un érysipèle gangréneux, etc. J'ai démontré que ces dernières observations devaient être mises de côté, et ne pouvaient être prises pour des fièvres typhoïdes. Restent donc les deux premières. Je n'en discuterai pas ici la valeur, et je me bornerai à dire qu'il y a eu, dans ces deux cas, une erreur presque inévitable de diagnostic. C'est là, en effet, la conclusion à laquelle j'étais arrivé, et ce qui s'est passé depuis cette époque a prouvé combien cette conclusion était légitime. Le diagnostic de la fièvre typhoïde devenant, en effet, de plus en plus certain, on n'a plus trouvé des cas semblables, et constamment la lésion caractéristique des glandes de Peyer est venue montrer qu'elle constitue réellement un caractère anatomique essentiel de cette affection.

M. Lombard et quelques médecins anglais ont, il est vrai, cité des cas nombreux dans lesquels manquaient l'altération des glandes de Peyer; mais il est aujourd'hui démontré, et c'est un point que j'établirai plus loin (1), qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une maladie particulière, différente de la fièvre typhoïde, et dans laquelle l'absence de lésion intestinale est un caractère négatif tout aussi essentiel que celui dont nous venons de parler l'est d'une manière positive dans la maladie qui nous occupe. C'est ainsi que M. Louis a envisagé les faits dans sa deuxième édition, et cette manière de voir a été partagée par les auteurs qui ont écrit depuis. J'ajoute que M. Chomel a constamment trouvé les plaques de Peyer altérées, et qu'il en est de même d'un grand nombre d'autres médecins.

§ VII. — Rapports des lésions et des symptômes, nature de la maladie.

On a beaucoup écrit pour démontrer que, dans la fièvre typhoïde, il n'y a pas un rapport direct entre les lésions et les symptômes; et, de cette opinion ainsi mise en avant, on a conclu d'abord que la lésion qui la caractérise est secondaire, et, en second lieu, qu'elle est une maladie primitivement générale de la même nature que les fièvres éruptives. Disons d'abord qu'il y a une très grande exagération dans cette manière d'interpréter les faits. Si, en effet, on analyse avec soin les observations, comme l'a fait M. Louis, on trouve que, dans la très grande majorité des cas, les lésions correspondent fort bien aux symptômes : ainsi nous voyons que les phénomènes abdominaux se montrent dès le commencement de la maladie, en même temps que les plaques commencent à s'altérer; que les symptômes généraux sont d'autant plus violents que les altérations intestinales sont plus profondes et plus étendues; que celles-ci prennent de l'accroissement à mesure que les symptômes généraux augmentent; enfin, que de nouveaux symptômes locaux viennent correspondre au développement des nombreuses lésions secondaires qui ont été signalées plus haut. En est-il autrement dans les phlegmasies ordinaires? Il est vrai que, dans quelques cas, on a vu des symptômes très intenses correspondre à l'ulcération d'un petit nombre de plaques; mais c'est ce que nous voyons encore dans les phlegmasies ordinaires, qui quelquefois donnent lieu aux phénomènes les plus violents, bien que la lésion locale soit peu étendue. Faut-il donc en conclure

(1) Voy. article *Typhus fever*.

ue la fièvre typhoïde n'est qu'une simple phlegmasie ? C'est ce qu'ont avancé les nédecins qui lui ont donné le nom d'*entérite folliculeuse ;* mais, ainsi que le fait emarquer M. Louis (1), elle s'éloigne de la plupart des maladies aiguës par sa urée généralement longue, parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, t qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie. D'un autre côté, le nême auteur (page 515) fait remarquer qu'elle s'éloigne des affections éruptives ar son développement généralement spontané, et parce que la lésion qui lui est ropre a, dans la grande majorité des cas, plus de gravité et est plus en rapport vec les symptômes que celles qui caractérisent ces affections.

Enfin, M. Louis, après une discussion approfondie, arrive à cette conclusion générale : « Elle diffère (la fièvre typhoïde) de toutes les maladies aiguës inflammatoires, ruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, ymptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers; ar la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par ontagion; par les limites de l'âge, après lequel on ne l'observe plus, tandis que les utres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu au même degré pour aucune autre affection; par le nombre de ses lésions, et surtout par la tendance à l'ulcération; je ne dirai pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre, au moins d'après les faits connus jusqu'ici, à l'affection typhoïde. »

On le voit donc, la fièvre typhoïde est une affection d'une nature particulière, et ce n'est qu'en forçant les analogies qu'on l'assimile, soit aux phlegmasies, soit aux fièvres éruptives.

§ VIII. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est devenu, comme je l'ai dit plus haut, assez sûr pour que le nombre des cas où l'erreur de diagnostic est possible soit très limité; mais nous avons vu aussi que quelquefois les médecins les plus habiles rencontrent des difficultés insurmontables; et, d'un autre côté, la grande multiplicité des symptômes de la fièvre typhoïde lui donne tant de points de contact avec les autres maladies, que cette partie de son histoire demande quelques développements. Je pense qu'il est utile d'étudier, comme l'a fait M. Chomel, le diagnostic au début de l'affection, vers le milieu de son cours et à une époque plus avancée.

Au *début*, tout le monde en convient, il est souvent très difficile d'établir le diagnostic de la fièvre typhoïde; aussi est-il prudent de ne pas se prononcer d'une manière absolue. Cependant, dit l'auteur que je viens de citer, et l'on doit reconnaître la justesse de sa proposition, il est alors même un grand nombre de cas où, dès les premiers jours, on peut soupçonner la nature de la maladie. En effet, si l'invasion a lieu subitement, si, aux phénomènes fébriles prononcés qui se manifestent sans causes appréciables, se joint une céphalalgie permanente, avec éblouissements et vacillation dans la marche et la station chez un sujet placé dans les con-

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, t. II. p. 516.

ditions d'âge indiquées, surtout s'il habite depuis peu de temps une grande ville, et s'il y a lieu de croire qu'il n'a pas encore eu la fièvre typhoïde, il sera de toute probabilité qu'il est atteint de cette maladie. Ce soupçon acquerra plus d'importance si, à ces premiers phénomènes, on voit se joindre successivement, et dès le second ou le troisième jour, comme il arrive souvent, quelques uns des autres symptômes qui sont communs à un moins grand nombre de maladies, tels que le dévoiement, la prostration, un commencement de stupeur et une ou plusieurs hémorrhagies nasales.

Que, si nous recherchons maintenant quelles sont les affections avec lesquelles la maladie pourrait être confondue à cette époque, nous trouvons d'abord la *courbature*, les diverses *fièvres éruptives* et la plupart des maladies aiguës commençantes, quand les symptômes locaux n'ont pas acquis une assez grande intensité pour rendre raison de la violence des symptômes généraux, et à plus forte raison, quand ils n'ont pas encore paru. Je mets d'abord de côté ces derniers faits; car, vouloir les passer en revue, ce serait entrer dans des détails interminables; qu'il me suffise de dire qu'un examen attentif de tous les jours fait bientôt découvrir la lésion locale qui lève tous les doutes, et que, d'un autre côté, la fièvre typhoïde est toujours remarquable par la multiplicité de ses symptômes.

Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et les *fièvres éruptives*, à la période d'invasion, est souvent difficile : ce qui mettra le mieux sur la voie, c'est, dans la *rougeole*, le coryza et la bronchite; dans la *scarlatine*, l'angine; dans la *variole*, les douleurs lombaires, abdominales, pectorales, et dans toutes, l'absence des symptômes abdominaux qu'on trouve dans la fièvre typhoïde. Mais, nous le savons maintenant, les premiers symptômes peuvent manquer et les seconds exister, et il y a, par conséquent, toujours un certain nombre de cas très obscurs. Remarquons, du reste, qu'il ne s'agit ici que des fièvres éruptives d'une assez grande intensité; car, dans les cas légers, les symptômes nerveux, la prostration, sont beaucoup moins prononcés que dans la fièvre typhoïde : la stupeur manque, ainsi que les symptômes abdominaux.

Quant à la *fièvre éphémère ou courbature*, elle peut donner lieu à des symptômes assez intenses, mais non aux phénomènes nerveux indiqués plus haut, et d'ailleurs douze, vingt-quatre ou au plus trente-six heures suffisent pour dissiper les doutes.

Dans quelques cas, la fièvre typhoïde débute comme une *fièvre intermittente*. M. Louis a cité un cas de ce genre, et j'en ai vu un semblable à l'hôpital Beaujon. En pareille circonstance, il faut nécessairement attendre un certain temps pour se prononcer. Les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde ne tardent ordinairement pas à se produire.

A une époque plus avancée de la maladie, dans la période moyenne, suivant la division de M. Chomel, on pourrait confondre la fièvre typhoïde avec une affection cérébrale ou méningienne, ou bien avec toute autre affection fébrile grave qui donne lieu à des symptômes cérébraux plus ou moins intenses. On sent qu'il serait impossible de passer en revue toutes ces maladies. C'est par un examen attentif de l'état de tous les organes et de toutes les fonctions qu'on arrive au diagnostic des affections abdominales, pectorales ou autres qui simulent plus ou moins bien la fièvre typhoïde. A ce sujet, je ne peux m'empêcher de dire un mot de l'*état ty-*

hoïde dont on a tant parlé. Cet état typhoïde n'est autre chose que l'ensemble des phénomènes fébriles aigus que peuvent présenter des affections très diverses. Ces phénomènes sont des symptômes communs, et ce n'est pas sur eux que doit se fonder le diagnostic. Si on leur a donné le nom d'état typhoïde, c'est uniquement parce que l'affection typhoïde les présente en général à un plus haut degré que les autres affections aiguës. Mais ce qui distingue véritablement la fièvre typhoïde, c'est la marche de ces symptômes, c'est la stupeur et les phénomènes nerveux, alors même que la maladie ne semble pas avoir atteint un très haut degré de gravité; c'est la grande prostration dans les mêmes circonstances, c'est la grande fréquence de l'épistaxis, la présence des taches roses lenticulaires, les symptômes abdominaux, le météorisme, les sudamina. Si, en effet, on trouve quelquefois ces symptômes dans les autres affections, c'est dans des cas rares, et encore ne se montrent-ils pas réunis.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *fièvres rémittentes*, *pseudo-continues*, au *typhus fever* dont je parlerai plus loin. Quant au *typhus nosocomial* j'aurai à m'expliquer sur ce point de diagnostic dans l'article suivant.

Après ces généralités qui me paraissent suffisantes, il me reste à donner le diagnostic de la fièvre typhoïde, de l'*entérite* et de la *fièvre simple continue*. Il ne suffit pas, en effet, de rechercher si ces dernières maladies diffèrent de la première à telle ou telle période, il faut encore s'assurer que leurs symptômes diffèrent, à toutes les époques, de ceux de la fièvre typhoïde.

Le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de l'*entérite* n'a plus la même importance qu'il avait à l'époque où Broussais professait que la fièvre typhoïde n'était qu'une entérite violente. Aujourd'hui tout le monde convient qu'il y a autre chose qu'une entérite ordinaire, et ceux qui regardent encore l'affection comme une inflammation intestinale reconnaissent du moins qu'elle a quelque chose de tout spécial. Cependant il est bon de consigner ici sommairement ce diagnostic, que M. Louis (1) a exposé avec le plus grand soin.

Dans l'*entérite*, la diarrhée est plus considérable et cède avec une extrême promptitude; les douleurs de ventre sont également plus intenses et plus promptement enlevées. Il y a, dans un certain nombre de cas, du ténesme. Le météorisme manque presque constamment, et, s'il existe, il est léger et disparaît promptement. La rate n'est pas tuméfiée. Dans la majorité des cas, l'appétit n'est pas perdu. La langue est à peine blanchâtre. Le pharynx est à l'état normal. La céphalalgie n'existe presque jamais, et, dans le cas contraire, elle est légère. Pas de somnolence; intelligence intacte; pas de prostration, ni d'éblouissements, ni de spasmes, ni de bourdonnements d'oreille. Ouïe et vue à l'état normal. Ni épistaxis, ni sudamina, ni taches roses lenticulaires. A peine quelques légers frissons dans quelques cas; peu ou point de chaleur. Pouls de 50 à 70 pulsations, rarement à 80. Durée de trois à quatre jours à partir de l'entrée des malades à l'hôpital. L'entérite attaque tous les âges; ne cause pas la mort. Je n'ai pas besoin de rappeler les symptômes de la fièvre typhoïde pour montrer combien ils diffèrent. Je les mettrai en regard de ceux que je viens d'énumérer dans le tableau synoptique.

Les signes diagnostiques de la *fièvre simple continue* ont été notés avec soin

(1) *Examen de l'examen de M. Broussais*, etc. Paris, 1834.

par M. Davasse (1). Je vais indiquer rapidement les principaux : Dans la fièvre simple continue, le pouls est plein, fréquent, d'une régularité parfaite à toutes les époques de la maladie ; la chaleur de la peau n'est jamais âcre ni brûlante ; pas de stupeur ni de prostration considérable ; pas de taches roses lenticulaires ; langue seulement blanche ou jaunâtre ; pas de fuliginosités ; symptômes abdominaux nuls ou légers ; frissons nuls ou rares et légers ; début brusque ; guérison sans convalescence.

Prus, à la suite de son *Rapport à l'Académie de médecine sur la peste*, a exposé ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel de la peste et de la fièvre typhoïde (2) : « Dans la fièvre typhoïde, il y a des prodromes, il n'y en a point dans la peste ; dans la fièvre typhoïde, il y a de la diarrhée, il n'y en point dans la peste ; dans la fièvre typhoïde, il y a des taches lenticulaires, il n'y en a point dans la peste ; dans la fièvre typhoïde, il y a du météorisme et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, il n'y en a point dans la peste.

» Dans la peste, il y a des bubons, les bubons sont très rares et tout à fait exceptionnels dans la fièvre typhoïde ; dans la peste, il y a des pétéchies, elles sont rares dans la fièvre typhoïde ; dans la peste, il y a engorgement des ganglions lymphatiques dans tout le corps, ecchymose dans le péricarde, dans les plèvres, etc. ; dans la fièvre typhoïde, engorgements des ganglions mésentériques seulement, accidentellement dans les autres parties ; éruptions et ulcérations intestinales. »

Il me resterait maintenant à parler de certaines *phlébites*, de la *résorption purulente ;* mais, dans la grande majorité des cas, le point de départ de ces maladies étant dans une blessure, une plaie quelconque, il n'y a pas d'erreur à craindre, et, pour les autres, il suffira de recourir à l'article où j'ai parlé de l'infection purulente (3).

Enfin, ainsi que je l'ai dit plus haut, il est des cas de *fièvre typhoïde latente*, et, dans quelques uns de ces cas, quelle que fût leur bénignité apparente, on a vu survenir un accident mortel : la *perforation intestinale*. Il est évident que, la plupart des symptômes manquant, ces cas offrent toujours de grandes difficultés. Cependant on peut arriver au diagnostic en tenant compte de la longue durée des symptômes ; on doit dire, en effet, avec M. Chomel, qu'il faut soupçonner une fièvre typhoïde quand il y a un mouvement fébrile dont aucune lésion appréciable ne rend compte, quand il dure plus de huit ou dix jours, et cela quelque léger qu'il soit.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de l'entérite simple.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	ENTÉRITE.
Diarrhée *médiocre ; de longue durée.*	Diarrhée généralement *considérable ; cède facilement à un traitement simple.*
Douleurs de ventre *peu intenses ; durent longtemps.*	Douleurs de ventre *vives ; cèdent promptement.*
Pas de ténesme.	Parfois *ténesme.*

(1) *Des fièvres éphémères et synoque*, thèse. Paris, 1847.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1847, t. XII, p. 1042.
(3) Voy. article *Phlébite*.

Météorisme.	Météorisme *excessivement rare, toujours léger et de courte durée.*
Rate *tuméfiée; parfois douloureuse.*	Rate *normale.*
Anorexie.	Le plus souvent *appétit conservé.*
Langue *sèche, brune, fendillée,* etc.	Langue seulement *blanchâtre.*
Pharynx *offrant souvent des lésions.*	Pharynx normal.
Céphalalgie *constante.*	Céphalalgie *rare et légère.*
Prostration; somnolence; éblouissements; urdonnements d'oreille; spasmes; épistaxis.	*Aucun de ces symptômes.*
Taches roses lenticulaires, sudamina.	*Absence de ces symptômes.*
Appareil fébrile *plus ou moins intense.*	Appareil fébrile *nul ou très léger.*
Durée toujours *plus ou moins longue.*	Durée rendue *très courte* par un traitement simple.
Mortalité toujours *notable.*	Mortalité *nulle.*

2° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de la fièvre simple continue.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	FIÈVRE SIMPLE CONTINUE.
Pouls à une époque avancée, *petit, faible, rfois intermittent.*	Pouls toujours *plein et régulier.*
Chaleur souvent *âcre, brûlante, pénible ur le malade.*	Chaleur *médiocre, douce, non pénible pour le malade.*
Stupeur, prostration, taches roses lenticures.	*Aucun de ces symptômes.*
Langue *ut suprà.*	Langue *ut suprà.*
Symptômes abdominaux *notables.*	Symptômes abdominaux *nuls ou légers.*
Frissons initiaux.	Frissons *nuls ou rares et légers.*
Début *progressif.*	Début *brusque.*
Convalescence *plus ou moins longue.*	Convalescence *nulle.*

Pronostic. Si nous voulons établir le pronostic d'une manière générale, nous pvons dire que la fièvre typhoïde est une maladie grave; car, dans toutes les tistiques, même dans celles qu'on a données comme les plus favorables à cerns traitements, la mortalité est notable. Mais les cas de fièvre typhoïde se préntent avec un appareil de symptômes si variable sous le rapport de la gravité, e cette proposition générale n'a qu'une faible importance, et qu'il faut nécesirement descendre dans les détails. M. Louis, ayant examiné séparément ces symômes chez les sujets qui sont morts et chez ceux qui ont guéri, n'a rien laissé à re, sous ce rapport, à ceux qui sont venus après lui, et nous n'avons qu'à lui prunter ses conclusions.

Une diarrhée abondante et persistante, des selles involontaires annoncent une sez grande gravité de l'affection. Les hémorrhagies intestinales offrent plus de nger encore. Le météorisme très considérable est un symptôme fâcheux. Il en t de même de la dysphagie, de la somnolence et du délire qui se manifestent à ne époque voisine du début; d'une certaine perversion de l'intelligence qui fait re aux malades qu'ils vont bien; des spasmes, et surtout de la contraction peranente des membres. L'extrême prostration, l'apparition de l'érysipèle, les carres de la peau sont aussi d'un augure fâcheux.

Parmi les symptômes qui viennent d'être énumérés, il n'en est pas de plus raves que les spasmes et les contractures; mais ceux-là même n'annoncent pas écessairement une terminaison funeste, et, d'un autre côté, on voit des individus ui n'ont pas offert ces derniers symptômes, et qui n'ont présenté les autres qu'à n faible degré, succomber au bout d'un temps plus ou moins long. C'est ce qui

a fait dire avec raison à tous les auteurs qui ont étudié la fièvre typhoïde, qu'il n'est pas de maladie aiguë dans laquelle on doive être plus réservé dans le pronostic.

Lorsque le pouls devient filiforme, très fréquent, misérable ; qu'il est intermittent et inégal ; que la prostration est extrême, la somnolence continuelle et l'intelligence abolie, la mort est imminente.

Le pronostic est moins grave avant l'âge de quinze ans qu'après cet âge. C'est ce qui résulte des recherches de MM. Taupin, Barthez et Rilliet.

§ IX. — Traitement.

Dans ces dernières années, il s'est élevé des discussions fort vives à propos du traitement de la fièvre typhoïde. Plusieurs médications ont été préconisées avec ardeur, et des faits nombreux ont été cités, analysés et interprétés en faveur des opinions les plus diverses. Je ne peux pas entrer dans tous les détails que comportent les graves questions qui se rattachent à ce point de pathologie ; je dirai seulement que j'ai examiné attentivement les faits, que j'ai étudié les arguments présentés de part et d'autre, et que ce que je vais dire est le résultat de cette étude attentive.

Émissions sanguines. Nous devons d'abord nous occuper des *émissions sanguines modérées*, telles que les conseillaient MM. Louis et Chomel avant ces dernières années (1). Il résulte des faits recueillis par le premier de ces auteurs, que l'influence de la *saignée modérée* est très limitée, et que néanmoins quelques malades en éprouvent du soulagement. Quelques médecins, et en particulier M. Delarroque (2) ont avancé que la saignée produit toujours de mauvais effets dans la fièvre typhoïde ; mais rien ne prouve l'exactitude de cette assertion. Presque tous les praticiens admettent seulement que les saignées trop abondantes peuvent être nuisibles ; mais nous allons voir que M. Bouillaud est d'un avis tout opposé. Lorsqu'il y a une céphalalgie très vive ou une douleur violente à l'épigastre ou dans l'abdomen, beaucoup de médecins ont l'habitude d'appliquer quelques *sangsues* au cou ou sur les points douloureux. Dans un certain nombre de cas, ce moyen produit du soulagement ; mais rien ne prouve qu'il ait la moindre action sur la durée et sur l'issue de la maladie.

Saignées coup sur coup. M. Bouillaud a, dans plusieurs écrits (3), préconisé avec beaucoup d'enthousiasme les saignées coup sur coup suivant la formule qu'il met en usage dans la pneumonie et dans le rhumatisme articulaire aigu. Il a cité plusieurs catégories de faits pour prouver que par son traitement on diminue de beaucoup la mortalité, et faisant à ce sujet des calculs singuliers, il a avancé que la non-adoption de sa méthode causait chaque année la mort d'un nombre immense

(1) Il ne faut pas oublier que c'est à dessein que je ne fais pas usage des documents qui nous sont fournis par nos prédécesseurs. Leur diagnostic étant incertain, on ne saurait tenir compte de leurs conclusions thérapeutiques, et je ne peux pas admettre, avec M. Forget (*Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841, p. 558), qu'il puisse y avoir la moindre utilité à *consulter*, sous ce rapport, *les oracles de l'histoire*. Je dis plus, il y aurait un danger réel.

(2) *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris, 1847.

(3) *Clinique de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, t. 1, p. 333. — *Philosophie médicale*. Paris, 1836.

e sujets. L'examen des faits qu'il a publiés montre bientôt combien ces assertions ɔnt exagérées et même erronées. L'analyse qu'en ont donnée plusieurs médecins rouve en effet : 1° que M. Bouillaud a mis de côté les cas désespérés ou qui lui araissaient tels, ce que personne ne fait ; 2° qu'il s'est glissé, parmi les cas de èvre typhoïde traités par lui, quelques affections étrangères et d'une guérison asɪrée. Or est-il étonnant que, dans de semblables conditions, on ait une mortaté moindre ? 3° Ajoutons qu'il résulte des recherches de M. Davasse que ces cas e fièvre typhoïde jugulée en quelques jours, et dont on a tant parlé, ne sont autre hose que des *fièvres simples continues*, dont la guérison a lieu naturellement du ;ptième au huitième jour, et nous saurons à quoi attribuer cette faible mortalité t cette courte durée de la maladie annoncées par M. Bouillaud.

M. Forget (1) est partisan des émissions sanguines ; mais il distingue les cas : il 'emploie la saignée générale avec une assez grande abondance que dans la forme ɪflammatoire (car il admet aussi des formes dans lesquelles il puise ses indications). l veut qu'on soit sobre de la saignée dans la plupart des circonstances et, en ou-·e, il se contente de formuler des propositions sans analyser les faits.

Il résulte de ce qui précède que rien ne prouve que la saignée ait la grande effiacité qu'on lui a attribuée, et que la saignée modérée n'a qu'une faible action.

Vomitifs ; purgatifs. Par les motifs indiqués plus haut, je ne remonterai pas, our étudier l'emploi des évacuants, au delà de l'époque où M. Delarroque a préonisé ces moyens contre la fièvre typhoïde. Je sais bien que cette médication était n usage depuis longtemps, et que M. Delarroque reconnaît lui-même qu'il a puisé idée de son traitement dans les écrits de quelques auteurs des derniers siècles, et rincipalement dans Stoll ; mais si l'on peut puiser dans ces écrits de semblables ɪspirations, on ne peut pas s'autoriser des faits qu'ils contiennent ou qui y sont ignalés pour juger de l'efficacité des remèdes. N'ayons donc égard qu'à ceux qui nt été recueillis depuis l'époque où le diagnostic de la fièvre typhoïde est bien étaɪli. Il y a quelques années, M. Beau publia les résultats obtenus par l'emploi des vacuants dans le service de M. Delarroque à l'hôpital Necker, et trouva que la ɑortalité avait été d'un dixième seulement. M. Delarroque, peu de temps après, ıt connaître les mêmes faits (2), et récemment (3) il a publié un ouvrage ›rincipalement destiné à démontrer que la fièvre typhoïde est due à l'altération .e la bile, et que la méthode évacuante a une supériorité marquée sur toutes les utres.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de cette théorie. Ce qu'il nous importe de onstater, ce sont les effets de cette médication : or, nous nous trouvons arrêté au ›remier pas ; car M. Delarroque ne nous pas donné une analyse exacte de ses obervations, et nous venons de voir combien cet élément du problème est nécessaire. ſ. Delarroque a cru ne devoir citer qu'un nombre très limité des cas légers, mais [ui nous dira si dans ces cas légers il ne se trouve pas de ces fièvres simples qui ;uérissent si vite? et comment saurons-nous quelles ont été la mortalité et la du-·ée réelle de la maladie ?

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse.*
(2) Voy. le Rapport de M. Andral à l'Académie de médecine et la discussion à laquelle il a donné lieu (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1837, t. I, p. 482).
(3) *Traité de la fièvre typhoïde.* Paris, 1847.

MM. Piédagnel et Andral ont mis en usage les purgatifs. Dans les cas cités par le premier, la mortalité a été d'un septième environ, et dans ceux qu'a rapportés M. Andral elle a été d'un sixième.

Les faits recueillis par M. Barth (1) dans le service de M. Louis à la Pitié offrent toutes les garanties que l'on peut désirer. Ils ont été soumis à une analyse rigoureuse, et les cas qu'on pouvait rapporter à une autre affection, ou plutôt qui n'avaient pas suffisamment les caractères de la fièvre typhoïde, ont été éliminés. Or, dans ces cas, la mortalité a été de moins d'un dixième, résultat d'autant plus digne de remarque que, dans la même division, sur cent malades traités par les saignées modérées, l'eau de Seltz et des lavements émollients, la mortalité avait été d'un huitième environ.

Depuis que ces faits ont été publiés, beaucoup de médecins ont mis en usage les purgatifs; mais on n'a pas publié de nouvelles statistiques importantes sur ce sujet. Il faut le regretter, car quand il s'agit du traitement de la fièvre typhoïde, il est absolument nécessaire d'avoir un très grand nombre de faits. Dans cette maladie, en effet, il y a, tout le monde en convient, des cas nécessairement mortels; d'autres, au contraire, sont assez légers pour ne menacer l'existence que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et en outre l'action des remèdes n'est pas assez puissante pour modifier la maladie d'une manière si profonde que leurs effets soient appréciables autrement que par leur influence sur la durée ou sur l'issue de l'affection. C'est en pareil cas surtout que les grands nombres sont nécessaires. Cependant il résulte des observations précédentes, et surtout de celles de MM. Louis et Barth : 1° que l'action des purgatifs est bien loin d'être pernicieuse, comme le pensait l'école physiologique ; 3° que très probablement même elle a une heureuse influence sur l'issue de la maladie ; je dis seulement sur l'issue, car, dans les cas observés dans le service de M. Louis, il y a eu cela de remarquable, que la durée de la maladie a été un peu plus longue, bien que le nombre des sujets guéris ait été plus grand.

Les vomitifs et les purgatifs sont administrés de la manière suivante : le premier jour on donne le *tartre stibié* ou l'*ipécacuanha* à dose vomitive ; les jours suivants, on administre soit une bouteille d'*eau de Sedlitz*, soit de 35 à 50 grammes d'*huile de ricin*, soit 50 à 60 centigrammes de *calomel*. Un de ces purgatifs doit être donné chaque jour, et, si on les fait alterner, c'est uniquement pour ne pas fatiguer les malades; car l'essentiel est de purger. M. Louis n'a pas donné de vomitifs ; il n'a administré que l'eau de Sedlitz à la dose d'une bouteille ou d'une demi-bouteille, quelquefois d'un seul verre, s'arrêtant même si les selles devenaient trop nombreuses. Si les symptômes gastriques persistent et sont très marqués, il ne faut pas, suivant M. Delarroque, hésiter à revenir au vomitif. Pour ma part, j'ai donné, dans un certain nombre de cas, des vomitifs répétés; malheureusement les faits qui ont été recueillis n'ont pas pu encore être analysés; mais je peux dès à présent dire si ce moyen a les inconvénients qu'on lui a reprochés.

D'abord l'influence du tartre stibié ou de l'ipécacuanha sur l'estomac n'est nullement fâcheuse. Non seulement, elle ne produit pas la gastrite, comme le craignait Broussais, mais encore il est remarquable que, chez des sujets qui ont pris huit

(1) *Presse médicale*, janvier 1837.

ou dix fois un vomitif en quatorze ou quinze jours, dès que la convalescence se déclare, l'appétit est très vif et les digestions se font très bien. Dans un cas seulement, j'ai vu des vomissements fréquents se produire et persister pendant trente-six heures environ, après la suspension des vomitifs ; mais, au bout de quelques heures, ils avaient notablement diminué, et bientôt il ne restait aucune trace de cet accident.

On a reproché aux purgatifs de produire l'hémorrhagie intestinale. Il est évident aujourd'hui qu'on avait été trompé par des coïncidences. Dans le nombre très considérable de fièvres typhoïdes traitées par ce moyen, l'hémorrhagie intestinale s'est rarement montrée.

J'ai vu, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'hémorrhagie nasale provoquée par les efforts de vomissement ; mais l'application de quelques compresses d'eau fraîche suffisait pour l'arrêter.

Toniques. Il résulte des observations de MM. Louis et Chomel, que les toniques ont une action favorable dans les cas où la faiblesse est très grande. « Les circonstances, dit M. Louis (1), les plus favorables à l'action des toniques sont... un pouls très calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence de météorisme, » quelle que soit d'ailleurs la faiblesse. Cependant il ne faut pas négliger d'administrer ces médicaments, dans les cas où l'adynamie profonde se joint à l'accélération du pouls et aux autres symptômes indiqués.

Les *toniques* le plus ordinairement mis en usage sont : l'*extrait sec de quinquina* à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion ; l'*infusion froide de quinquina* pour boisson ; les *lavements avec une forte décoction de quinquina ;* le *sulfate de quinine* à la dose de 0,50 à 1 gramme. Les Anglais administrent le vin de Porto, de Xérès, ou le porter ; mais c'est principalement dans le typhus fever qu'ils agissent ainsi, et je n'insiste pas sur ce point.

On a généralement abandonné l'usage des *stimulants*, des *excitants généraux*, et comme, d'un autre côté, nous n'avons rien en faveur de ces moyens, je passerai outre.

Narcotiques. Parmi les narcotiques, il n'en est qu'un seul qui mérite d'être mentionné : c'est l'*opium*. Cette substance est principalement utile, d'après les faits que nous connaissons, dans les cas de *perforation intestinale*. MM. Stokes, Graves, Louis, Griffin, ont rapporté des faits en faveur de cette médication dans les cas si graves.

L'opium, en pareil cas, est administré à doses très élevées par les médecins anglais, car ils ont été jusqu'à donner *cinq centigrammes de cette substance toutes les heures* pendant plusieurs jours ; M. Louis a vu, dans un cas, *deux décigrammes de morphine* dans les vingt-quatre heures suffire pour arrêter la maladie. M. Stokes a donné la *teinture d'opium* à la dose de 60 gouttes dans les vingt-quatre heures.

M. Louis (2) a administré l'*opium contre les symptômes nerveux*, et en particulier contre les soubresauts des tendons et contre le délire. Ces symptômes ont diminué promptement et ont cessé en peu de jours. Les cas dans lesquels ce moyen a été employé étaient médiocrement graves, mais ce résultat n'en est pas moins re-

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841, t. II, p. 477.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 453.

marquable ; il doit dissiper les craintes qu'inspire l'opium dans les cas où il y a des symptômes cérébraux, et engager les médecins à le mettre en usage dans les cas graves. On donne le sirop d'opium à la dose de 30 grammes.

L'*eau de Seltz*, les *chlorures*, les *acides* ne méritent qu'une simple mention. Quant au *sulfate de quinine*, proposé par M. Broqua, M. de Saint-Laurent (1) a démontré, par l'analyse des faits, que ce médicament a des inconvénients sans avoir l'utilité qu'on lui attribue.

Cependant M. Worms (2) a rapporté des faits qui méritent d'être mentionnés, car il importe que les praticiens puissent répéter ses expériences. M. Worms, conduit par la théorie à se servir de ce médicament, lui a reconnu de bons effets. Ceci m'amène à parler du traitement employé par ce médecin.

1° Au début, *symptômes d'intensité moyenne* : Après s'être assuré que le malade a été à la selle, tartre stibié 0,10 grammes, et quelques heures après le vomitif : 0,80 grammes de sulfate de quinine dans une potion ; infusion de tilleul.

2° Si la *réaction* est plus forte, s'il y a du délire, deux potions à 0,60 grammes de sulfate de quinine à six ou sept heures de distance l'une de l'autre ; deux potions de nitrate de potasse à 4 grammes chaque, avec 0,5 grammes de camphre, et prises par cuillerées d'heure en heure ; infusion de tilleul.

Le lendemain, si la langue est saburrale, s'il y a des nausées, si la nuit a été calme, un vomitif et le sulfate de quinine. On continue ainsi à donner le sulfate de quinine, en diminuant les doses et les fractionnant s'il existe des accidents pectoraux ; on administre en outre dans ce cas deux potions dans les vingt-quatre heures, avec camphre 0,5 grammes, oxyde blanc d'antimoine 2 grammes, une petite quantité de vin.

Si l'engorgement pulmonaire devient plus prononcé, le pouls plus fréquent et plus faible, on ajoute 0,05 grammes ou 0,10 grammes de tartre stibié à la potion et on augmente la dose de vin.

Ce traitement, modifié légèrement quelquefois selon les indications, telles que de donner le sulfate de quinine à une dose élevée en raison inverse de l'intensité de la maladie, est le seul qu'emploie M. Worms ; il a pu ainsi, non seulement guérir un grand nombre de malades, mais aussi *enrayer* la maladie et amener une terminaison rapide.

Des vingt malades cités dans la thèse de M. Guipon, dix-neuf ont guéri, le vingtième a succombé à la suite de la laryngotomie pratiquée pendant la convalescence. Chez un grand nombre la maladie n'a pas dépassé le douzième jour.

Cette médication est, comme on le voit, très complexe, de sorte que c'est seulement après l'avoir employée de la même manière que l'auteur qu'on pourra se faire une juste idée de sa valeur ; aussi ne peut-on pas en tirer une conclusion rigoureuse, relativement à l'action du sulfate de quinine administré seul.

J'ajoute que récemment des recherches sur l'efficacité de ce médicament ont également été faites par MM. Blache et Briquet (3). De l'analyse des faits rapportés par ces médecins, il semblerait résulter que le sulfate de quinine a eu pour effet le ralentissement du pouls, l'abaissement de la température et la diminution

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 5.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Union médicale*, 3 novembre 1853.

s troubles cérébraux, mais qu'il n'a pas diminué pour cela le chiffre de la mortalité.

Sulfure de mercure. M. Serres (1) se fondant sur la ressemblance qu'il a trouvée tre la fièvre typhoïde et la variole, ressemblance qui est bien loin d'être démon-te, a proposé le traitement abortif par le *sulfure noir de mercure*, à l'intérieur, et s frictions avec la *pommade mercurielle* sur l'abdomen.

On fait les frictions tous les jours avec 8 ou 10 grammes de pommade mercu-lle; quant aux pilules de sulfure de mercure, on les prescrit tous les deux rs. En voici la formule :

Éthiops minéral...........	1 gram.	Sirop simple..................	Q. s.
Poudre de gomme adragante.	0,30 gram.		

F. s. a. quatre pilules. Dose : de quatre à six tous les deux jours.

M. le docteur Cambrelin (2), de Namur, a rapporté dix cas de guérison par la éthode de M. Serres, mais ce nombre est bien faible quand il s'agit du traite-ent d'une maladie comme la fièvre typhoïde.

M. Becquerel (3) a également cité des cas de guérison par ce moyen. Je me ntente d'indiquer ces faits, qui auraient besoin d'être multipliés pour entraîner conviction; car la gravité de la fièvre typhoïde est bien différente suivant les oques où on l'observe, et il est à remarquer que précisément au moment où ces s ont été recueillis, elle était généralement peu grave.

Enfin je me bornerai à mentionner le travail de M. Taufflieb (4) sur l'emploi *calomel*, considéré par cet auteur à la fois comme purgatif et comme médica-nt mercuriel. Malgré l'intérêt de ce mémoire, la question me paraît encore bien n d'être résolue en faveur des mercuriaux. J'en dirai autant à propos de re-erches de M. Lautour (5) qui, ayant observé à Damas, a cité onze cas de gué-on sur douze malades chez lesquels ce médicament a été employé à *doses frac-nnées.*

Hydrothérapie. On trouve dans plusieurs ouvrages sur l'hydrothérapie (6) un tain nombre d'observations de fièvres typhoïdes guéries après avoir été traitées r l'hydrothérapie; mais ces faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en r aucune conclusion. L'été dernier, j'ai observé quelques malades à qui l'on ait des *lotions froides* sur tout le corps deux fois par jour. Tout ce que je peux encore à ce sujet, c'est que les malades éprouvaient du bien-être après les ns, qui ne déterminaient pas d'accidents. C'est un point à étudier.

Eau froide intùs et extrà, et saignées initiales. M. Leroy de Béthune (7) vante bons effets d'un traitement particulier qu'il importe d'exposer avec quelques ils : Au début de la maladie il *saigne* le malade, et les émissions sanguines sont ortionnées à l'âge, au tempérament, à la constitution du sujet; mais on doit les er après le premier septénaire et y joindre *immédiatement* la *réfrigération con-*

(1) *Union médicale*, 12 août 1847.
(2) *Union médicale*, 4 avril 1850.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 septembre 1850, t. XV, p 1097.
(4) *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs mercuriels* (*Bull. gén. de thér.*, ., février et mars 1851).
(5) *Union medicale*, 3, 6 et 8 janvier 1851.
(6) Voy. ceux de MM. Scoutetten et Schedel.
(7) *Union médicale*, 28 octobre 1852.

tinue qu'on exécute de la manière suivante : Un linge plié en plusieurs doubles est trempé dans l'eau la plus froide possible, faiblement tordu et appliqué ensuite sur le ventre qu'il recouvre entièrement et où il est maintenu par une serviette formant ceinture qui doit être renouvelée assez souvent pour que le malade ne soit pas trop mouillé aux parties du corps où l'application du froid n'est pas nécessaire.

Le linge mouillé doit être plongé dans l'eau et remis en place aussitôt qu'il s'échauffe ; à mesure que la chaleur diminue on renouvelle les fomentations moins fréquemment. L'eau froide pour boisson et trois demi-lavements avec de l'eau simple complètent le traitement que l'auteur engage à ne pas cesser *sous aucun prétexte* dès qu'il est commencé, et qui dans certains cas doit être continué assez longtemps.

Pendant trois ans, M. Leroy a employé ce traitement concurremment avec les purgatifs et a eu 6 décès sur 44 cas ; le même traitement employé seul pendant quatre ans, a donné à l'auteur 126 cas de guérison chez 132 malades.

Encouragé par un aussi brillant résultat, je n'ai pas hésité à mettre ce traitement en usage dans la dernière épidémie, mais, comme je l'ai indiqué dans plusieurs articles insérés dans l'*Union médicale* (1), je n'ai pas obtenu les mêmes succès : 14 fois sur 25 j'ai dû cesser le traitement parce que la mort était imminente. L'influence épidémique est-elle pour quelque chose dans ces insuccès, ou bien, comme le dit M. Leroy, des lotions d'eau froide ajoutées au traitement ont-elles pu expliquer la différence énorme des résultats ? C'est ce que des observations nouvelles nous apprendront.

M. Rayer administre des *bains simples* tous les deux jours après le second septénaire de la fièvre typhoïde. D'après un travail de M. Hervieux (2) ces bains ont toujours procuré du soulagement et n'ont jamais eu d'inconvénients.

Vésicatoires. Il résulte des observations de M. Louis que, sans avoir aucune action favorable, les vésicatoires tendent à produire des escarres ; il faut donc les abandonner.

Quelques médecins ont proposé l'*expectation* pendant laquelle on n'a recours qu'à des *soins hygiéniques* ; mais c'est supposer que les remèdes n'ont aucune action, ce que nous ne pouvons admettre d'après ce qui a été dit plus haut.

Il est beaucoup de médecins qui, sans adopter exclusivement aucun des moyens précédents, mettent en usage un plus ou moins grand nombre d'entre eux, suivant les circonstances. Ainsi dans les cas graves, ils ont recours à une saignée, à une application de sangsues, à quelques laxatifs, aux boissons acidules, aux lavements huileux, ou émollients ; et, dans les cas légers, ils se contentent des boissons acidules et des lavements, ce qui n'est guère que l'expectation. C'est là à peu près le traitement employé par M. Chomel dans les premiers temps, et la mortalité fut grande. Les fièvres typhoïdes qu'il traitait alors étaient-elles plus graves ?

Traitement des symptômes. Dans une affection dont les symptômes sont si nombreux et si pénibles, on doit avoir égard au plus grand nombre d'entre eux, sans toutefois ne voir que des symptômes isolés, ce qui est une exagération singulière. *Contre le vomissement* on donne les boissons gazeuses, l'opium, les lavements

(1) *Union médicale*, 7 novembre 1852.
(2) *Arch. gén. de méd.*, septembre 1848.

[ac]idanisés, et même la glace. Il est rare qu'il faille arrêter la *diarrhée;* mais si les [se]lles étaient par trop abondantes, on aurait recours aux moyens employés contre [l'en]téritе simple. Dans les cas où elle persiste pendant la convalescence de l'affec[tio]n, M. Aran (1), suivant l'exemple de M. Monneret, a employé avec succès le [so]us-*nitrate de bismuth*, à la dose de 10 grammes par jour.

On a proposé *contre le météorisme*, les *frictions avec l'huile d'anis* ou de *camo[m]ille*, les *lavements froids et vinaigrés*, la *glace* sur l'*abdomen*, etc.; ces moyens [éc]houent presque constamment. Il est bien rare que l'*épistaxis* soit inquiétante; [s']il en était ainsi, il faudrait recourir au traitement de cette hémorrhagie (2). Il [fau]t avoir soin de tenir la vessie vide à l'aide de la sonde dans les cas de *rétention [d']urine*. Il faut par tous les moyens possibles (position variée, emplâtres de dia[c]hylon, coussins, etc.), chercher à prévenir les *escarres* en protégeant les parties [av]ec des linges fins et secs, et, s'il y a déjà un suintement, les saupoudrer avec [d'a]midon, la poudre de lycopode; lorsque les escarres existent, il faut les panser [av]ec soin, au moins deux fois par jour avec le *cérat saturné*. Je ne multiplie pas [le]s détails, parce que la conduite à suivre dans ces cas est bien connue de tout le [m]onde.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

Les malades doivent être tenus au lit, légèrement couverts.

La température de l'appartement doit être peu élevée, douce, et il faut renou[v]eler l'air assez fréquemment. Suivant M. Piedvache (3), c'est là le vrai moyen [d]e s'opposer à la contagion.

On doit donner des boissons abondantes, et rechercher celles qui sont le plus [a]gréables aux malades, les excitants trop énergiques exceptés.

Administrer des lavements émollients.

Entretenir surtout une très grande propreté autour des malades; les changer de [p]osition aussi souvent que possible.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées; saignées coup sur coup; vomitifs, purgatifs; [to]niques; stimulants, excitants généraux; narcotiques; mercuriaux; eau de Seltz, [ch]lorures, acides; hydrothérapie; saignée et réfrigération; expectation; traitement [de]s symptômes; précautions générales.

ARTICLE IV.

TYPHUS NOSOCOMIAL.

Avant de tracer l'histoire de cette maladie, il importe de rechercher si elle [m]érite réellement une place particulière dans le cadre nosologique. En 1835, [l']Académie de médecine posa la question suivante : *Faire connaître les analogies [e]t les différences du typhus et de la fièvre typhoïde dans l'état actuel de la [sc]ience* (4), et le mémoire le plus remarquable qui soit resté de ce concours, con-

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1851.
(2) Voy. t. I, art. *Épistaxis*.
(3) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 239.
(4) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1838, t. VII.

clut à l'identité de ces deux affections. Il est de M. E. Gaultier de Claubry, qui, plus tard (1), a, dans un travail plus étendu, développé et soutenu la même thèse avec beaucoup de succès. C'est donc dans ce dernier ouvrage que nous devons chercher les principaux éléments de cette discussion.

M. Gaultier de Claubry, négligeant avec raison les articles sur le typhus contenus dans les traités généraux de pathologie, a eu recours aux descriptions particulières des principales épidémies, et il les a étudiées toutes depuis celle qu'observait Pringle sur l'armée anglaise, de 1742 à 1745, jusqu'à celle qui a été décrite récemment par M. Landouzy (2). Il nous fait ainsi passer en revue les relations les plus exactes, parmi lesquelles je citerai celles de Hufeland, de M. Ducastaing, de Reveillé-Parise, Ardy, Fouquier, Fleury, Herzog. Puis, ayant ainsi rassemblé les meilleurs documents, il procède au parallèle des deux affections qu'il présente ainsi qu'il suit :

§ I. — Synonymie.

Nous trouvons d'abord dans la synonymie même du typhus une grande ressemblance avec la fièvre typhoïde. Nous savons, en effet, qu'on donnait à cette maladie les noms de *fièvre grave*, *putride*, *adynamique nerveuse*, *maligne*; or toutes ces dénominations ont été données au typhus épidémique, tant les affections paraissaient semblables.

Mais, de plus, on a donné au typhus des noms tirés de circonstances particulières. C'est ainsi qu'on l'a nommé *maladie de Nice*, *de Gênes*, *de Mayence*, parce que les auteurs des relations, n'osant se prononcer sur sa nature, lui donnaient les noms des lieux où ils l'avaient observé. D'autres l'ont appelé *typhus des camps*, *des prisons*, *des hôpitaux*, *fièvre nosocomiale*, *fièvre des villes assiégées*, uniquement parce que les épidémies se manifestent dans les grandes réunions d'hommes. Dans les premiers temps, on lui a donné le nom de *peste*, *maladie pestilentielle*, par la raison que les grandes affections épidémiques portaient ce nom générique de peste, et, suivant qu'on l'observait dans tel ou tel pays, on lui imposait les dénominations de *maladie hongroise*, *maladie des Russes*, *maladie des Espagnols*, etc. Je ne pousserai pas plus loin cette indication. On voit que ces dernières dénominations sont insignifiantes, tandis que les premières se rapportent bien à la fièvre typhoïde.

§ II. — Symptômes.

La comparaison des symptômes était d'une haute importance ; aussi M. Gaultier de Claubry l'a-t-il présentée avec de grands développements, et voici comment il a procédé. Il a d'abord tracé dans deux paragraphes séparés la symptomatologie du typhus et de la fièvre typhoïde. Pour décrire le premier, il a eu recours à de nombreuses relations d'épidémies, depuis celle que nous devons à Pringle jusqu'à celle que M. Landouzy a récemment publiée, et il a fait suivre cet exposé d'un assez grand nombre d'observations particulières. Pour tracer la description de la seconde, il a mis à

(1) *De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde*. Paris, 1844.
(2) *Mém. sur l'épidémie de typhus qui a régné à Reims en* 1839 *et* 1840 (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XIII, p. 1, 306).

profit les travaux de MM. Louis, Chomel, Hennequin, etc. ; puis il a mis en parallèle l'intensité des deux affections, et il est arrivé, sous ce rapport, à la conclusion suivante : « Aucune différence, dit-il, ne saurait être admise entre le typhus et la fièvre typhoïde, quant à l'intensité, à la gravité respective des deux affections. On voit également des typhus de la plus grande gravité et des typhus légers, des fièvres typhoïdes d'une extrême violence, et d'autres de la plus grande bénignité. L'identité est, sous ce rapport, parfaite entre les deux maladies. » M. Louis avait déjà posé une conclusion à peu près semblable. Qu'on ne croie pas cependant que ces deux auteurs veuillent dire que les deux affections ont une gravité identique ; cela ne peut venir à l'esprit de personne. Ils ont seulement constaté qu'elles ont une égale variabilité dans leur intensité.

On sait que beaucoup de médecins donnent à la forme du typhus et de la fièvre typhoïde une importance que, pour notre compte, nous croyons très exagérée. M. Gaultier de Claubry devait donc rechercher ce qu'il faut penser de certaines formes qui appartiennent plus particulièrement à l'une ou à l'autre de ces affections prétendues distinctes ; mais, sous ce rapport, il n'a pu encore trouver aucune différence : forme inflammatoire, nerveuse, putride, adynamique, tout cela appartient aussi bien au typhus qu'à la fièvre typhoïde. Les relations d'épidémies, les observations particulières rassemblées et analysées avec soin par M. E. Gaultier de Claubry ne laissent aucun doute à cet égard : nouvelle preuve de l'identité de ces deux états morbides.

Après avoir ainsi jeté sur les symptômes un coup d'œil général, M. Gaultier de Claubry les prend un à un ; il n'en oublie aucun : prodromes, céphalalgie, délire, épistaxis, taches roses lenticulaires, pétéchies, sudamina, etc., tout se trouve également dans les deux états morbides, un peu plus ou un peu moins fréquemment toutefois, suivant leur gravité respective, mais avec des caractères semblables. Ainsi, sous ce point de vue spécial, l'identité n'est pas moins évidente que sous le point de vue général.

Vient ensuite le parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde, sous le rapport de l'anatomie pathologique. Ici il semble, au premier abord, que l'identité ne sera plus évidente : ce qui tient au laconisme des descriptions pathologiques dans les relations d'épidémies de typhus que nous ont laissées nos devanciers. Mais, si, avec M. Gaultier de Claubry, on examine attentivement les faits, on ne tarde pas à reconnaître, dans ces descriptions imparfaites, des lésions, et surtout des lésions du tube intestinal dont il n'est pas permis de méconnaître la ressemblance avec celles de la fièvre typhoïde, ressemblance que l'auteur fait parfaitement ressortir ; et, pour couronner l'œuvre, arrive la relation de M. Landouzy, dans laquelle une étude plus attentive de l'anatomie pathologique prouve définitivement l'identité.

Cependant ce dernier auteur a élevé des doutes sur cette identité, tout en reconnaissant une grande analogie entre les deux affections, et il s'est fondé sur l'*absence de lésion de la rate* dans les cas qu'il a observés, sur la non-existence du météorisme, des douleurs de ventre et de la diarrhée, et sur d'autres différences beaucoup plus légères. Assurément il est remarquable que les symptômes abdominaux aient ainsi manqué, surtout quand on voit à l'autopsie la lésion caractéristique des plaques de Peyer exister d'une manière très manifeste ; mais cette différence

est-elle assez considérable pour nous faire admettre qu'il ne s'agit pas tout simplement d'une fièvre typhoïde épidémique? Rappelons-nous que, dans certaines épidémies de scarlatine, nous avons vu manquer l'angine et se montrer des symptômes gastro-intestinaux remarquables; en avons-nous conclu qu'il y avait là une autre affection que la scarlatine? Non, sans doute. Or nous devons en faire autant dans le cas dont il s'agit, et ne regarder ces dissemblances que comme une conséquence du caractère épidémique de l'affection.

M. Laudouzy s'est étayé, pour défendre son opinion, des observations recueillies en Angleterre et en Amérique, et présentées sous le nom de *typhus fever*; mais il est évident, quand on lit les ouvrages de la plupart des auteurs anglais, qu'ils ont rassemblé dans la même description la fièvre typhoïde et une autre affection qui seule mérite le nom de *typhus fever*, tandis que ceux-ci qui, comme MM. Stockes, Jenner, etc., ont étudié séparément les cas, ne font nullement cette confusion: ils reconnaissent parfaitement, au milieu des cas de typhus fever, la véritable fièvre typhoïde, et l'autopsie vient démontrer la justesse de leur diagnostic. Les médecins américains ont établi également cette distinction, et la relation du *typhus fever* que nous a donnée M. Gerhard, de Philadelphie, ne laisse aucun doute à cet égard. Mais c'est un point sur lequel je reviendrai dans l'article suivant. Qu'il me suffise seulement de dire ici que je reconnais, avec MM. Gaultier de Claubry et Louis, l'identité du typhus nosocomial et de la fièvre typhoïde, et que, d'un autre côté, j'admets l'existence d'une maladie très différente qui est le *typhus fever d'Irlande* dont je donnerai tout à l'heure la description,

J'ai dit dans le précédent volume que M. Boudin (1) regarde comme un typhus la *méningite cérébro-spinale épidémique*. Il suffit de mentionner cette opinion, que je n'ai pas à discuter ici.

M. le docteur Lasègue (2) a, d'après un certain nombre de travaux publiés en Allemagne, donné une relation d'un typhus qui a régné en Silésie pendant les années 1847 et 1848 et qui a présenté comme circonstance remarquable une éruption rubéolique qui s'accompagnait de symptômes de coryza et de bronchite comme dans les véritables rougeoles. Il y avait en même temps des pétéchies et des sudamina. N'était-ce pas tout simplement une épidémie de rougeole de mauvais caractère?

Cela posé, il est évident qu'une description détaillée du typhus devient inutile; disons seulement, comme considérations générales, que le typhus nosocomial, carcéral, etc., étant la fièvre typhoïde à l'état épidémique, c'est dans les grands encombrements d'hommes qu'il se déclare; qu'il est généralement fort grave; qu'il offre quelques légères différences symptomatiques, suivant les épidémies; que ces différences ne portent guère que sur la plus ou moins grande violence, la plus ou moins prompte apparition, la plus ou moins longue durée des symptômes; et enfin, comme conséquence de ce qui précède, que l'isolement, l'aération, la propreté, doivent tenir une grande place dans le traitement, et que les moyens thérapeutiques mis en usage dans la fièvre typhoïde sont ceux qu'on doit diriger contre le typhus, en en proportionnant l'énergie à la violence des symptômes.

(1) *Arch. gén. de méd.*
(2) *Le typhus en Silésie* (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1850, t. XXIII).

ARTICLE V.

TYPHUS FEVER.

S'il fallait une nouvelle preuve de l'état d'incertitude dans lequel nous étions avant la publication des recherches de M. Louis, nous la trouverions dans les opinions émises, avant ces dernières années, sur les fièvres observées en Angleterre et en Irlande. Dès que la lésion intestinale de la fièvre typhoïde eut été clairement indiquée, on la rechercha en Angleterre comme en France ; mais en Angleterre on trouva un assez grand nombre de cas dans lesquels la lésion manquait, et la valeur des symptômes était encore si peu connue de la plupart des médecins, que l'on n'eut pas de doute sur l'exactitude du diagnostic ; qu'on ne pensa pas un instant que, parmi ces cas, il pût y en avoir qui n'étaient pas des fièvres typhoïdes, et qu'on se hâta de proclamer que la lésion des plaques de Peyer n'est pas constante. Cette remarque s'applique aux faits rapportés par M. Alison (1), ainsi qu'à ceux qui ont été signalés par Dalmas, et par M. Lombard.

Ce ne fut que lorsque M. Gerhard (2) eut fait paraître sa relation du typhus fever, observé à Philadelphie, que la confusion commença à devenir moins grande. Cet auteur, en effet, fit voir qu'on pouvait très bien établir un diagnostic entre le typhus fever proprement dit et la fièvre typhoïde, qui se montre en même temps que lui. Plus tard, un observateur habile, M. Shattuck, de Boston, m'ayant communiqué plusieurs observations recueillies à Londres, j'en fis l'analyse (3), et j'arrivai aux mêmes conclusions que M. Gerhard. Un mémoire intéressant de M. Stewart (4) vient bientôt confirmer ces importants résultats. Plus récemment encore, M. le docteur Richie (5), qui a vu un très grand nombre de cas de fièvre typhoïde et de typhus fever dans l'hôpital de Glasgow, a montré, par l'analyse exacte des faits, les différences très nombreuses qui existent entre ces deux affections. Enfin M. le docteur Elisha Bartlett (6) dans un remarquable ouvrage sur les fièvres, est arrivé aux mêmes conclusions.

Ainsi, à mesure que nous avançons, à mesure que l'observation se fait avec plus de soin, la différence des deux maladies se montre de plus en plus évidente, et, d'après ce que nous avons appris de la dernière épidémie de typhus qui a fait tant de ravages en Irlande, il n'est pas aujourd'hui dans ce pays de médecin instruit qui ne le distingue parfaitement. M. W. Stokes, qui a écrit sur le traitement du typhus, et dont tout le monde connaît l'habileté, ne conserve pas le moindre doute à cet égard, et bientôt nous aurons la relation de M. H. Guéneau de Mussy, qui a failli être victime de l'épidémie, et qui, ayant pu heureusement, avant d'être atteint, recueillir un certain nombre d'observations, nous promet une histoire du *typhus fever* dans laquelle sera démontrée la différence de cette affection et de la

(1) *Journ. hebd. de méd.* Paris, 1838.

(2) *The Americ. Journ. of med. sciences*, février et août 1837.

(3) *Du typhus et de la fièvre typhoïde d'Angleterre* (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, t. VI, p. 120, 265).

(4) *Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1840.

(5) *Monthly Journ. of med. sciences*, octobre 1846.

(6) *The history, diagnosis, and treatment of the fevers of the United States*. Philadelphia, 1847.

fièvre typhoïde, différence qui a été évidente pour lui dans tous les cas. Je reviendrai sur ce point quand je parlerai du diagnostic.

M. le docteur Jenner a, dans des publications extrêmement intéressantes que j'aurai à citer plus loin, mis hors de doute, de la manière la plus complète, les différences essentielles qui existent entre le *typhus fever* et la fièvre typhoïde, et a démontré que ce sont deux espèces aussi distinctes que la scarlatine et la rougeole, et non pas seulement deux variétés de la même affection, comme l'ont cru et professé un grand nombre de médecins anglais. Enfin, M. le docteur Upham (1) est arrivé aux mêmes résultats.

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

Le *typhus fever* doit être défini comme il suit : C'est une affection pyrétique, contagieuse, caractérisée par des symptômes généraux graves, une éruption pétéchiale très différente des taches rosées lenticulaires, et l'absence de toute lésion importante du tube intestinal.

On trouve cette affection décrite dans un bon nombre d'ouvrages anglais en même temps que la fièvre typhoïde, et sans distinction suffisante, sous le nom de *continued fever*. M. Upham lui donne les noms de *maculated typhus*, ou de *ship fever*.

Cette affection se montre fréquemment en Irlande où elle est endémique, en Écosse, en Angleterre et aux États-Unis. Nous allons voir quelles sont les limites géographiques dans lesquelles elle est enfermée.

§ II. — **Causes.**

Nous ne savons rien de très précis sur un bon nombre de causes que l'on pourrait attribuer au typhus fever ; cependant, si l'on considère que l'affection sévit, principalement en Irlande, sur la classe malheureuse qui est si nombreuse dans ce pays, et, d'un autre côté, que la mortalité est grande parmi toutes les personnes qui sont en contact avec les malades, on a d'abord ces deux grands faits, que la *misère* est sa principale cause prédisposante, et que la *contagion* est sa principale cause déterminante. En outre, et c'est un point très important quand il s'agit de distinguer le typhus fever de la fièvre typhoïde, M. le docteur Jenner (2) a constaté que *la contagion du typhus n'engendre jamais la fièvre typhoïde, et réciproquement.* Les recherches rigoureuses de cet observateur distingué ne laissent aucun doute sur ce point.

Maintenant quelle part l'insuffisance, la mauvaise qualité de la nourriture, les fatigues, les influences atmosphériques, les chagrins, ont-ils dans le développement de la maladie ? C'est ce que des recherches ultérieures pourront seules nous apprendre. Il est certain, ainsi que l'a constaté M. Jenner, qu'elle attaque à peu près indifféremment tous les *âges*.

Quel a été le foyer primitif du typhus fever ? Les premières recherches n'ayant pas été faites de manière à résoudre cette question, et la maladie étant aujourd'hui répandue dans toutes les parties de l'Angleterre, il est difficile de se prononcer sur ce point. Cependant si l'on considère que ce typhus se montre beaucoup plus fré-

(1) *Records of maculated typhus, or ship fever*, etc. New-York, 1852.
(2) *On the identity or non identity of the specific causes of typhoid, typhus and relapsing fevers*. London, 1850.

quemment en Irlande que partout ailleurs ; que les épidémies sont plus fréquentes, plus meurtrières et attaquent un plus grand nombre de personnes dans ce pays que dans tout autre ; que depuis longtemps les causes qui paraissent nécessaires à sa production existent en Irlande ; enfin, que cette maladie ne s'est montrée que dans des contrées en communication suivie avec ce pays, on sera porté à admettre que c'est là qu'elle a pris naissance, et qu'elle a été portée ailleurs par la contagion. Je tiens de M. le docteur Johnston, de Philadelphie, des renseignements curieux qui viennent à l'appui de cette manière de voir. On sait qu'un grand nombre d'Irlandais, chassés de leur pays par la misère, émigrent en Amérique ; or, c'est parmi les Irlandais récemment débarqués que M. Johnston a, en 1836, rencontré le typhus fever à Philadelphie ; il a même constaté que la maladie de quelques uns d'entre eux avait débuté dans le cours de la traversée, et d'autres malades lui ont dit que l'affection dont ils étaient atteints avait régné épidémiquement sur le vaisseau qui les apportait en Amérique. M. Upham a observé des faits tout semblables. Des recherches faites dans le but de découvrir l'origine du *typhus fever* seraient, comme on le voit, intéressantes, et l'on doit engager les médecins bien placés pour cela à s'y livrer.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout d'après la relation donnée par M. Gerhard, et d'après l'analyse des faits observés par MM. Shattuck et Jenner (1), qu'il convient de tracer la description des symptômes.

Le *début* de la maladie a été un peu plus lent que celui de la fièvre typhoïde dans les cas que j'ai analysés (2) ; mais, dans un certain nombre de cas observés par MM. Gerhard et Jenner, les symptômes ont promptement acquis une grande violence, puisque certains malades ont succombé en trois ou quatre jours.

Symptômes de la maladie confirmée. La *diarrhée* manque constamment, ou presque constamment, pendant les premiers temps de la maladie ; si elle survient, c'est uniquement parce qu'on a administré des purgatifs ou des médicaments irritants. Dans les derniers jours, elle se montre assez fréquemment, mais il faut encore tenir compte de l'action des remèdes. Il en est absolument de même des *douleurs de ventre*. Le météorisme est très rare, très léger et de courte durée. *Gargouillements* du ventre rares ; pas de *symptômes gastriques ; anorexie* complète ; *soif* vive ; pas de gêne de la *déglutition ;* pas de douleur du *pharynx*.

La *langue* est, comme dans la fièvre typhoïde intense, d'abord blanche, puis sèche, noirâtre, comme brûlée, souvent difficilement tirée ou tremblante. Les dents sont fréquemment *fuligineuses*.

Rien de remarquable dans les régions du foie et de la *rate*.

Céphalalgie constante, de plus ou moins longue durée ; rarement très vive et lancinante.

La *stupeur*, l'*agitation*, le *délire*, les *éblouissements*, les *bourdonnements d'oreille*, la *surdité* furent, dans les cas observés par M. Gerhard, à la fois plus fréquents et plus intenses, non seulement que dans les cas recueillis par M. Shattuck et analysés par moi, mais encore que dans la fièvre typhoïde. J'avais été frappé de

(1) *Typhus fever, typhoid fever, relapsing fever, and febricula, the diseases confounded under the term continued fever* (*The medical Times*, 1849).

(2) *Loc. cit.*, marche de la maladie.

voir que, dans ces observations de M. Shattuck, les symptômes cérébraux n'étaient ni aussi intenses, ni d'aussi longue durée que dans l'affection typhoïde; mais il est très probable que le petit nombre des observations que j'avais à étudier est uniquement la cause de cette différence : aussi étais-je déjà très porté à regarder les résultats obtenus par M. Gerhard comme l'expression de la vérité, lorsque le fait a été démontré par l'analyse des cas observés par M. Jenner.

Le peu de fréquence des *épistaxis* est un fait observé dans plusieurs épidémies; mais nous ne pouvons pas émettre une opinion définitive à cet égard. Je dois ajouter, néanmoins, que les faits recueillis par M. Jenner s'accordent, sur ce point, avec ceux qu'a publiés M. Gerhard.

L'*insomnie*, plus rarement les *rêvasseries* pénibles, puis la *somnolence*, sont des symptômes remarquables du typhus fever comme de la fièvre typhoïde. Il est fréquent de voir des sujets *indifférents* à tout ce qui les entoure ; quelques uns, au contraire, ont des *inquiétudes* vives sur leur sort.

Les *forces* sont promptement abattues. La prostration persiste pendant tout le cours de la maladie et se dissipe lentement dans la convalescence.

La *respiration* est ordinairement un peu accélérée, rarement gênée. Les râles sonores et crépitants sont assez rares, ainsi que la toux, qui est peu fréquente et sèche.

Il y a, dans tous les cas, une *éruption de taches* nombreuses formant des groupes irréguliers, d'abord d'un rose sombre, puis d'un rouge foncé, ou violettes, arrondies, d'une dimension variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois, non saillantes, si ce n'est, comme l'a constaté M. Jenner, dans les premiers moments de leur durée, ne disparaissant pas ou s'effaçant très peu sous la pression: ce sont de véritables *pétéchies*. Le plus souvent cette éruption occupe toute la surface du tronc et des membres. Il résulte des intéressantes recherches de M. Jenner que, outre ces taches distinctes (*distinct spots*), il y en a d'autres plus vagues, plus larges, couvrant, dans une plus ou moins grande étendue, la surface de la peau, formant une *coloration sous-épidermique* (*sub-cuticular rash*), comparée par l'auteur à une *teinte jus de mûres* (*mulberry rash*). Ces deux espèces d'éruption ont été parfaitement figurées par M. le docteur Sankey, médecin résident de l'hôpital des fiévreux de Londres, dans une planche annexée au dernier mémoire de M. Jenner (1).

Les taches rosées de la fièvre typhoïde n'existent pas; du moins on les voit si rarement, que les cas dans lesquels on les a signalées sont tout à fait exceptionnels, et même peuvent laisser des doutes sur l'exactitude du diagnostic. Les *sudamina* sont rares.

La *face* est rouge dans l'agitation, pâle dans les autres moments. Des *frissons* existent les premiers jours; ils sont suivis d'une chaleur sèche, souvent considérable. Aux approches de la mort, il y a un refroidissement marqué (Gerhard).

Le *pouls* varie de 70 à 140 pulsations pendant le cours de la maladie; mais il se rapproche ordinairement de 100 ou dépasse ce nombre. Il est régulier, ni plein, ni dur, mais il offre, suivant M. Gerhard, une certaine ondulation. Aux approches de la mort, il devient rapidement d'une fréquence considérable et d'une petitesse extrême, mais il reste généralement régulier. Dans les cas où il est très faible, on

(1) *On the identity or non identity of the specific causes*, etc. London, 1850.

trouve, d'après les recherches de M. Stokes, une diminution notable de l'impulsion du *cœur*, une diminution et même une absence complète du premier bruit.

On a trouvé rarement des escarres. Dans l'épidémie de Philadelphie, le corps des sujets exhalait souvent une odeur particulière, piquante, ammoniacale, fétide.

Tels sont les symptômes du *typhus fever*. Leur intensité varie sans doute beaucoup suivant les cas; mais on peut dire, d'une manière générale, qu'ils ont presque toujours un assez haut degré de gravité.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans un certain nombre de cas, la marche de la maladie est extrêmement rapide. Nous avons vu, en effet, que des sujets observés par M. Gerhard ont succombé en trois ou quatre jours. Ce n'est que dans le cours des épidémies qu'on voit des cas de ce genre. Il n'est pas rare de trouver des cas qui ont une marche plus lente que celle de la fièvre typhoïde; mais il n'y a rien de précis à cet égard. J'ai indiqué, dans la description précédente, la succession des symptômes.

La *durée* de la maladie a varié, dans le *typhus fever* de Philadelphie, entre onze et vingt-huit jours. Dans les cas que m'a communiqués M. Shattuck, cette durée fut de dix-huit à trente jours chez les sujets qui succombèrent, et de vingt-quatre à trente-deux jours chez ceux qui guérirent.

Le *typhus fever*, même sporadique, si nous nous en rapportons au petit nombre d'observations bien faites que nous possédons, donne lieu à une mortalité beaucoup plus grande que la fièvre typhoïde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les auteurs sont unanimes sur les *lésions anatomiques*, qui sont les suivantes : Intégrité ordinairement parfaite de l'estomac et des intestins. Dans les cas où l'on y trouve quelque altération, celle-ci n'a rien de spécial; c'est un peu de ramollissement de la muqueuse, quelques rougeurs, etc. Dans quelques cas rares, suivant M. Stewart (1), on trouve les ganglions mésentériques un peu gonflés et ramollis, bien que l'intestin soit intact. M. Upham a trouvé dans l'intestin des lignes saillantes circulaires qui s'arrêtaient brusquement autour des plaques de Peyer qui paraissaient déprimées, mais n'étaient nullement altérées. Il a trouvé aussi des ulcérations dans le gros intestin. Cet auteur s'est assuré que ces lésions étaient secondaires. La rate n'est pas ordinairement altérée ; mais elle n'est pas complétement exempte de lésions, car, dans un petit nombre de cas, on la trouve gonflée et ramollie.

Un peu de splénisation, et parfois l'hépatisation de quelques lobules, sont tout ce qu'on observe dans les poumons.

Les taches cutanées, les pétéchies observées pendant la vie, laissent ordinairement après la mort des traces assez profondes pour traverser toute l'épaisseur du derme et pénétrer même dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Les autres organes ne présentent rien de bien remarquable et qui se rapporte aux symptômes observés. Un peu de congestion, c'est là tout ce qu'on y trouve. Il faut néanmoins faire une exception pour le cœur, qui, suivant M. W. Stokes (2),

(1) *Loc. cit.*
(2) *Researches on the state of the heart, and the use of the wines in typhus fever* (*The Dublin Journ. of med. sc.*, march 1839).

offre un degré plus ou moins notable de ramollissement dans les cas où le pouls est affaibli.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec la *fièvre typhoïde* qu'il importe d'établir le diagnostic du typhus fever. Or ce diagnostic se tire principalement des différences suivantes : Dans le *typhus fever*, pétéchies ecchymotiques profondes, coloration jus de mûres sous-épidermique (Jenner) ; dans la fièvre typhoïde, taches rosées lenticulaires. Dans la première de ces deux affections, point de symptômes du côté du tube digestif, au moins dans une grande partie du cours de la maladie ; dans la seconde, symptômes abdominaux remarquables. Enfin, dans la fièvre typhoïde, lésions caractéristiques des glandes de Peyer, et, dans le typhus, rien de semblable.

Si l'on réfléchit que ces différences portent précisément sur les symptômes et les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde ; qu'elles se montrent en même temps chez divers sujets, de sorte que, dans le même hôpital, on peut, ainsi que l'a démontré M. Jenner (1), désigner ceux qui sont atteints du typhus et ceux qui ont une fièvre typhoïde ; qu'on peut faire cette remarque aussi bien dans le cours des épidémies que dans les cas sporadiques, on ne peut plus avoir le moindre doute sur la différence des deux maladies, et l'on doit regarder le typhus fever comme une affection particulière.

Le *pronostic* est fort grave, comme nous l'avons vu plus haut. La persistance du délire, l'indifférence du malade pour tout ce qui l'entoure, les évacuations involontaires, l'état du pouls, qui se déprime en même temps qu'il devient plus fréquent, sont des signes qui font craindre une mort presque certaine et souvent prochaine.

§ VII. — Traitement.

D'après ce que j'ai dit plus haut, on doit comprendre que nous n'avons que des documents vagues sur le traitement du typhus fever. Ce n'est, en effet, que depuis un petit nombre d'années que le diagnostic est bien établi. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de présenter autre chose qu'une indication rapide des moyens employés.

Les principaux de ces moyens sont les *excitants généraux*, tels que le *carbonate*, l'*acétate d'ammoniaque*, le *thé*, le *vin d'Espagne*, le *porter*, l'*eau-de-vie*. M. W. Stokes a surtout insisté sur l'utilité du *vin* donné dans le but d'exciter le cœur et de réveiller la circulation près de s'éteindre, et il a cité un assez grand nombre de faits en faveur de cette pratique. Dans plusieurs observations rapportées par lui, on voit, en effet, le pouls se relever, et même le premier bruit du cœur, qui avait cessé, se reproduire sous l'influence du vin.

On a aussi administré les *antispasmodiques*, et en particulier le *camphre*.

Les *purgatifs* (calomel, huile de ricin, crème de tartre, eau de Sedlitz) sont également prescrits, mais presque toujours dans l'unique but de tenir le ventre libre, car on n'en a pas fait un traitement spécial, comme dans la fièvre typhoïde. M. Upham (2) considérant que les lésions secondaires qu'il a signalées se manifestent surtout à la fin de la maladie, recommande les *boissons gommeuses* auxquelles on joint les farineux dans la convalescence.

(1) *On the identity or non identity of typhoid and typhus fevers.* London, 1850.
(2) *Loc. cit.* p. 59.

Je ne pousse pas plus loin cette revue. Je pense, je le répète, que, pour que nous puissions nous occuper avec fruit du traitement du typhus fever, il est absolument nécessaire que de nouvelles recherches thérapeutiques soient faites sur des cas bien distingués de la fièvre typhoïde, et, par conséquent, je me borne, quant à présent, à dire que les moyens employés dans celle-ci paraissent, en grande partie, applicables au *typhus fever*, mais que nous ne pouvons encore rien dire de leur efficacité réelle.

ARTICLE VI.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

C'est un sujet plein de difficultés que celui que nous avons à traiter dans cet article. Non seulement les opinions ont beaucoup varié sur la manière dont il faut comprendre la fièvre puerpérale, mais encore on a nié l'existence d'une maladie particulière à laquelle ce nom pût être légitimement appliqué. La cause évidente de ces incertitudes, de ces opinions opposées, c'est, d'une part, que la fièvre puerpérale n'est pas une affection caractérisée par une lésion toujours la même, comme la fièvre typhoïde, et d'autre part, qu'elle présente une multitude de lésions graves qui, dans les conditions ordinaires, donneraient lieu aux symptômes les plus violents, lésions que par conséquent on a très bien pu prendre pour le point de départ des symptômes. Il y a plus encore : dans un certain nombre d'accouchements, plusieurs de ces lésions que l'on retrouve chez les sujets qui ont succombé à la fièvre puerpérale se manifestent d'une manière évidemment primitive, et donnent lieu souvent à des symptômes graves ; nouveau fait qui vient compliquer la question, et qui, pendant quelques années, a paru donner gain de cause à ceux qui ne voulaient voir dans toutes les fièvres que des inflammations plus ou moins violentes.

Mais dans ces dernières années l'attention ne s'est plus exclusivement fixée sur les lésions trouvées chez les femmes mortes à la suite des couches. On a étudié avec soin les symptômes dans des cas déterminés ; on a constaté leur ressemblance dans les diverses épidémies, quelle que fût la lésion ; on a vu qu'ils formaient un ensemble parfaitement reconnaissable pour l'observateur, et qui différait des autres maladies fébriles connues. Alors on a pu établir l'existence d'une fièvre puerpérale, non pas tout à fait telle que l'entendaient nos devanciers, car pour eux cette dénomination comprenait à peu près tous les cas de fièvre survenant après les couches, mais une fièvre puerpérale qui, par la généralité de ses symptômes, se distingue tout d'abord des inflammations puerpérales primitives, quelle que soit ensuite la violence de la fièvre qui accompagne celles-ci.

Il est d'autres considérations qui ont appuyé cette manière de voir : ce sont principalement la forme épidémique que prend si souvent cette maladie, son apparition même chez des personnes qui n'étaient pas dans l'état puerpéral, bien que les cas de ce genre soient fort rares, et enfin quelques faits de contagion ou d'infection cités par les observateurs les moins prévenus.

M. le docteur Voillemier (1), dans ces dernières années, a appelé tout particulièrement l'attention sur cette manière de voir, qui déjà avait été soutenue par

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année* 1838 (*Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1839).



plusieurs observateurs, et en particulier par MM. Cruveilhier (1) et Tonnellé (2), qui a été ensuite appuyée par M. Paul Dubois (3), par les auteurs du *Compendium* (4), et par la plupart des autres auteurs récents, dont j'aurai à citer les recherches dans cet article.

Cependant cette opinion n'est pas encore généralement partagée : ainsi M. le docteur Helm (5) a avancé qu'il n'existe pas de fièvre puerpérale, mais bien des maladies puerpérales qui ont un caractère spécifique et qui sont très variées. M. Tardieu (6) n'admet également qu'un état puerpéral qui est un lien commun des diverses affections puerpérales.

Tout en reconnaissant que la diversité des faits donne une importance réelle à cette manière de voir, je pense que les considérations précédentes doivent l'emporter, et qu'il est des cas nombreux dans lesquels on doit reconnaître l'existence d'une affection générale distincte à laquelle on doit donner le nom de fièvre puerpérale. C'est pourquoi je décris dans cet article cette maladie, qui est le complément de celles dont j'ai donné l'histoire sous les noms de *péritonite puerpérale*, *métrite puerpérale*, *abcès du bassin*, *ovarite*, etc. Nous verrons plus loin que M. Bouchut (7) a rattaché la fièvre puerpérale à une lésion particulière du sang.

Ces diverses manières de voir, ainsi que la description de la maladie, sont fort bien exposées dans un mémoire intéressant sur la fièvre puerpérale, dû à M. le docteur Dubreuilh fils (8).

Quant à ceux qui n'ont voulu voir dans la fièvre puerpérale qu'une simple péritonite (9), une phlébite utérine, une lymphangite ou toute autre lésion particulière, les faits ont prouvé que cette opinion est trop exclusive, et l'on ne saurait la partager.

La trop grande extension que les médecins des siècles derniers donnaient à la signification de fièvre puerpérale nous oblige à tracer l'histoire de cette maladie presque uniquement d'après les recherches modernes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce qui précède, la fièvre puerpérale doit être définie : Une maladie générale, aiguë, fébrile, survenant chez les femmes en couches, donnant lieu à des lésions anatomiques variables, quelquefois n'en produisant aucune.

M. Voillemier, se fondant sur ce que la production du pus dans les parties très diverses, est la circonstance la plus remarquable observée après la mort, a pensé qu'on pourrait donner à l'affection le nom de *fièvre pyogénique des femmes en couches*. Sans nier l'importance de cette lésion, il est permis, en ayant égard aux

(1) *Anatomie path. du corps humain*, XIIIe livr., in-fol. avec pl. col.

(2) *Des fièvres puerpérales*, etc. *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, p. 345, 1re série, 1830.

(3) *Dict. de méd.*, t. XXVI, art. FIÈVRE PUERPÉRALE.

(4) Tome IV, art. FIÈVRE PUERPÉRALE.

(5) *Traité sur les maladies puerpérales*. Paris, 1840.

(6) *Obs. et rech. crit. sur les différ. formes des affect. puerpérales* (*Journ. des conn. méd.-chir.* décembre 1841).

(7) *Études sur la fièvre puerpérale* (*Gazette médicale*, 1844).

(8) *De la fièvre puerpérale épidémique*. Bordeaux, 1848.

(9) Gordon, *A treatise on the epidemic puerperal fever of Aberdeen*. London, 1795. — Baudelocque, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830. — H. Gooch, *On peritoneal fever*.

cas dans lesquels aucune suppuration n'a été trouvée, et que M. Voillemier a cités lui-même, de regarder cette manière de voir comme trop absolue.

Les noms sous lesquels la maladie est connue sont les suivants : *Febris puerperalis*, *febris puerperarum*, *morbus puerperarum*, *péritonite*, *métrite puerpérale ; childbed fever*, *puerperal fever* (angl.), *Kindbettfiebers* (all.).

Cette affection est très fréquente, mais elle se montre rarement d'une manière isolée. C'est sous forme d'épidémie qu'on la voit apparaître le plus souvent, et alors elle fait de grands ravages, principalement dans les maisons d'accouchements.

§ II. — Causes.

Les causes ont été recherchées avec assez de soin, mais cette recherche présente de si grandes difficultés, et il y a dans la fièvre puerpérale, comme dans toutes les maladies épidémiques, une cause inconnue si insaisissable, qu'il est encore bien des points sur lesquels on ne peut pas se prononcer d'une manière précise.

1° Causes prédisposantes.

Il a été bien constaté, par les recherches de MM. Lasserre (1) et Botrel (2), que les *primipares* sont beaucoup plus sujettes à la fièvre puerpérale que les femmes qui ont eu déjà un ou plusieurs accouchements. Le dernier de ces deux auteurs a noté que les 9/11es des malades observées par lui étaient des primipares.

Les mêmes auteurs ont constaté qu'un *accouchement long et difficile*, surtout, suivant M. Botrel, lorsque l'on est obligé d'avoir recours au *seigle ergoté*, est une circonstance extrêmement favorable au développement de la fièvre puerpérale.

Il en est de même, d'après les recherches de M. Voillemier, des diverses *manœuvres obstétricales* qu'on est obligé de pratiquer dans les accouchements laborieux.

Suivant un grand nombre d'auteurs, les *climats froids* et les *saisons froides et humides* favorisent beaucoup la production de cette maladie. Les recherches de M. Lasserre, qui a analysé les cas qu'il a pu rassembler et en a présenté une bonne statistique, viennent à l'appui de cette opinion. Sur 27 épidémies de fièvre puerpérale qui ont eu lieu à la Maternité de 1830 à 1841, cet auteur a trouvé que 16 ont apparu pendant les mois de janvier, février, mars, octobre, novembre et décembre. Il a aussi, d'après un relevé des accouchements pratiqués dans la même maison de 1830 à 1841, noté ce qui suit. Il y a eu sur 18,108 accouchements durant les six mois froids, 868 décès, ou 1/20e ; tandis que pendant les six mois chauds on a compté 15,956 accouchements et 465 décès, ou 1/34e.

Il est à désirer que les recherches de ce genre se multiplient, car dans une question semblable il faut des faits très nombreux pour fixer notre opinion (3).

Reste à savoir maintenant si c'est réellement à l'influence des saisons froides qu'il faut rapporter cette plus grand proportion de fièvres puerpérales, ou si on doit l'attribuer aux *variations brusques de température* auxquelles les femmes sont plus sujettes dans ces saisons. M. Voillemier penche vers cette manière de voir, et à

(1) *Rech. clin. sur la fièvre puerpérale*, thèse. Paris, 1842.

(2) *Mém. sur l'angioleucite utérine puerpérale* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1845, t. VII, p. 416; t. VIII, p. 1, 129).

(3) Voy. Arneth, *Épidémies puerpérales de la Maternité de Vienne* (*Ann. d'hygiène publique*, 1851, t. XLV, p. 281).

l'article du traitement nous verrons que M. Malgaigne (1) attache une très grande importance à soustraire les malades aux changements de température. Toutefois c'est un point sur lequel il n'est pas encore permis de se prononcer définitivement.

Les faits observés par MM. Botrel et Lasserre ont démontré que *les femmes sont d'autant plus exposées à contracter la fièvre puerpérale qu'elles ont séjourné moins longtemps dans la ville où elles viennent accoucher* et où sévit l'épidémie; en un mot, *qu'elles sont moins acclimatées*. Il résulte des recherches de M. Lasserre qu'il en est de même relativement à l'*acclimatement dans l'hôpital*.

Les auteurs admettent, d'un commun accord, que les *mauvaises conditions hygiéniques*, une *alimentation mauvaise et insuffisante*, l'*habitation d'un lieu mal aéré*, les *chagrins*, toutes les *émotions morales tristes*, toutes les *conséquences de la misère*, sont favorables au développement de la fièvre puerpérale et la rendent plus grave.

Quant aux *divers excès*, nous sommes moins fixés sur ce point, et cependant il est permis de croire que ceux qui altèrent la constitution ont une influence marquée.

Toutefois, il faut le dire, *dans les temps d'épidémie, les femmes les plus robustes comme les plus faibles sont attaquées par cette grave maladie*. M. Lasserre, qui a distingué deux formes de fièvre puerpérale, l'une *spontanée*, c'est-à-dire qui se produit d'emblée après l'accouchement sans symptômes fébriles précurseurs; l'autre *secondaire*, ou qui survient dans le cours de la fièvre de lait, a trouvé que la première sévit principalement sur les femmes d'une constitution robuste, tandis que la seconde se présente plus fréquemment chez celles dont la constitution est altérée.

Restent enfin la *rétention du placenta*, l'*inertie de l'utérus*, les *pertes utérines*, les *contractions utérines* violentes. Mais l'influence de ces causes n'a pas été suffisamment précisée.

2° Causes occasionnelles.

Nous n'avons que des données très incertaines sur les causes occasionnelles. Ici, en effet, les recherches deviennent encore plus difficiles. Aussi n'aurai-je guère qu'à mentionner les principales causes admises par les auteurs.

Ce sont d'abord la plupart des causes prédisposantes indiquées plus haut, et qui, agissant plus ou moins brusquement sur les femmes en couches, déterminent l'explosion de la fièvre puerpérale.

Nous trouvons dans ces causes : d'abord l'*action du froid pendant l'accouchement ou après*; la *mauvaise disposition*, le *défaut d'aération du lieu où l'accouchement s'est fait*; le *voisinage d'endroits d'où s'exhale l'odeur de la putréfaction*, des *égouts*, des *pavillons de dissection*, des *fosses d'aisances*, etc.

Ensuite viennent le *défaut de propreté* et les *affections morales vives*, qui, dans un pareil moment, chez beaucoup de femmes, peuvent être nombreuses et violentes.

Épidémies. Pour les épidémies on a signalé absolument les mêmes causes que pour les cas particuliers. Mais, ainsi que le fait remarquer particulièrement M. Paul

(1) Voy. Maurat, *De la métro-péritonite puerpérale*, thèse. Paris, 1849.

Dubois, combien de fois n'a-t-on pas vu éclater des épidémies dans des conditions toutes différentes de celles qu'on admet comme devant les produire? Ainsi on a beau établir des maisons d'accouchements pour un petit nombre de lits, séparer avec soin les nouvelles accouchées des femmes qui attendent l'accouchement, aérer convenablement, etc., il n'en survient pas moins, dans certaines années, des épidémies tout aussi meurtrières que dans les grandes maisons, où ces circonstances favorables ne peuvent pas être toutes rassemblées.

Il ne faudrait pas en conclure néanmoins que ces bonnes conditions hygiéniques peuvent être négligées. Tout porte à croire, en effet, que, dans les lieux encombrés, mal aérés, dans des conditions opposées en un mot, la fièvre puerpérale, lorsqu'elle a éclaté, tend à prendre un plus haut degré de gravité. C'est au point que, dans certaines circonstances, on est obligé, pour mettre un terme à l'épidémie, d'évacuer les salles et de disséminer les femmes en couches. On doit seulement, des faits précédents, tirer cette conclusion, que, dans cette maladie, comme tant d'autres affections épidémiques que nous avons étudiées, il y a une cause inconnue qui domine, et se joue souvent de toutes les prévisions.

Contagion. On a cité quelques faits qui tendraient à démontrer que la fièvre puerpérale peut se développer par le simple contact. Ainsi, on a cité un cas dans lequel une élève sage-femme non enceinte aurait contracté une maladie tout à fait semblable à la fièvre puerpérale; mais on doit plutôt admettre que, en pareil cas, il y avait une simple infection. Il n'en est pas de même de celui qui a été cité par M. Depaul, et dans lequel la fièvre puerpérale aurait été communiquée à une femme par l'accoucheur venant de faire une autopsie de fièvre puerpérale. Enfin, tout récemment, un médecin allemand a constaté qu'on avait rendu moins fréquentes les attaques de fièvre puerpérale en faisant faire des lotions chlorurées aux élèves qui touchent les femmes après les autopsies et les dissections. Ces faits méritent, sans doute, qu'on en tienne compte; mais, dans les épidémies, les coïncidences sont si faciles, qu'on les trouvera nécessairement trop peu nombreux et trop peu concluants pour servir de base à une conclusion définitive.

On peut plus facilement admettre la communication par *infection*, et c'est ce qui porte à évacuer les salles lorsqu'il y a éclaté une épidémie de longue durée.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la fièvre puerpérale ont été décrits avec beaucoup de soin par les auteurs. Il y en a qui sont variables; mais il en est aussi qui donnent à la maladie une physionomie particulière, et qui sont, par conséquent, les plus importants. M. Paul Dubois a reconnu dans l'affection trois formes, qui sont : 1° la *forme inflammatoire ;* 2° la *forme muqueuse* ou *bilieuse ;* 3° la *forme typhoïde.* M. Voillemier et la plupart des autres observateurs n'admettent que la forme inflammatoire et la forme typhoïde. Enfin, ainsi que je l'ai déjà dit, M. Lasserre admet deux espèces de fièvre puerpérale, l'une *spontanée* ou *primitive*, l'autre *secondaire.* Je dois répéter ici, à propos de ces diverses formes, ce que j'ai dit à propos de celles de la fièvre typhoïde. Tout ne dépend, le plus souvent, que de l'intensité de la maladie; ce qui le prouve, c'est d'abord que ces formes ont des symptômes communs très évidents, et, en second lieu, que quand l'affection prend de la gravité, elle revêt toujours le caractère typhoïde. Ces distinctions n'ont pas, par consé-

quent, une importance majeure. Quant à celles qu'a établies M. Laserre, il suffira d'indiquer, dans la description qui va suivre, quelques particularités qu'on remarque dans la fièvre puerpérale secondaire.

Début. On a vu, mais dans des cas extrêmement rares, la fièvre puerpérale *débuter pendant le travail de l'accouchement.* C'est, en général, *dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement* qu'elle se manifeste. Quelquefois on la voit apparaître le troisième jour, mais bien rarement au delà.

Le début est presque toujours très prompt, et souvent même la maladie se déclare tout à coup. Dans quelques cas seulement il y a quelques symptômes qui peuvent le faire prévoir : ce sont un malaise général, de la courbature, de la céphalalgie, en un mot, les phénomènes qui annoncent un mouvement fébrile commençant. Dans l'immense majorité des cas, c'est le frisson que nous allons décrire qui ouvre la marche.

Symptômes. Le *frisson* est quelquefois intense et prolongé, il a alors un caractère remarquable, et l'on ne peut pas douter de l'imminence de la fièvre puerpérale. Dans d'autres cas il est moins violent, mais il dure encore longtemps, et sa signification est presque aussi grande. D'autres fois, enfin, il est constitué par une *série de frissons irréguliers.* Osiander a parlé d'une *fièvre puerpérale intermittente*, mais M. Voillemier, qui a étudié avec soin le frisson dans cette maladie, ne l'a jamais vu se présenter avec une périodicité qui pût faire admettre l'existence de cette forme. La plupart des autres auteurs l'ont également cherchée en vain. Cependant je citerai, à l'occasion de la marche de la maladie, des faits rapportés par les docteurs Canuto Canuti et Pietro Biagini, dans le but de démontrer que la fièvre puerpérale peut prendre le caractère intermittent. *Dans quelques cas, le frisson manque* sans que la fièvre puerpérale perde rien de ses autres caractères.

Il ne faut pas confondre ces frissons avec le tremblement nerveux qui saisit souvent les femmes après un accouchement plus ou moins pénible, et qui n'a aucune suite fâcheuse. Toutefois on doit reconnaître qu'on n'a que de faibles moyens de les distinguer, et que, en temps d'épidémie le moindre frisson qui survient dans les premiers jours qui suivent l'accouchement doit fixer fortement l'attention du médecin.

Après le frisson, les principaux symptômes se trouvent, en général, du côté des *voies digestives.* On trouve dans une partie de l'abdomen, et en particulier *à la région hypogastrique, une douleur*, d'une intensité variable, qui tantôt reste fixée dans ce point, et tantôt gagne toutes les parties de l'abdomen. C'est dans ce dernier cas que les douleurs ont une intensité portée quelquefois au plus haut degré.

La douleur abdominale, lorsqu'elle est intense, est considérablement *augmentée par les contractions utérines* et par la moindre palpation ; le poids même des couvertures peut devenir insupportable.

En pareil cas aussi il se manifeste un *météorisme* général souvent porté à un haut degré, et qui rend le ventre plus sensible encore. Parfois il n'y a qu'un peu de ballonnement partiel correspondant au point douloureux, et que l'on constate principalement par la *percussion*, qui, dans de semblables circonstances, doit être pratiquée avec les plus grands ménagements, et à laquelle on est même quelquefois obligé de renoncer, tant elle est douloureuse.

Il y a en même temps des *vomissements bilieux*, remarquables par leur couleur verte, et qu'on observe très souvent au début même de la maladie. Les vomissements sont quelquefois tellement fréquents, que la moindre quantité de liquide introduit dans l'estomac est immédiatement rejetée. Les efforts faits par les malades sont d'abord très considérables et augmentent beaucoup la douleur. Plus tard, lorsqu'il est survenu un certain degré de collapsus, il n'est pas rare de les voir se faire par une espèce de régurgitation. Comme dans tous les cas de vomissements, on voit ici les mouvements les provoquer, et lorsqu'ils sont très fréquents, il suffit du moindre changement de position pour les exciter. Parfois ils sont précédés de *nausées*, parfois aussi ils surviennent brusquement.

L'ensemble de phénomènes que je viens d'exposer ne laisse pas de doute sur l'existence d'une *péritonite partielle ou générale*. Mais, dans un certain nombre de cas, les symptômes sont un peu différents. Ainsi nous trouvons d'abord que quelquefois les douleurs même après avoir été assez intenses, se dissipent rapidement, bien que l'état général annonce encore l'existence de la fièvre puerpérale. Ces douleurs étaient dues *aux contractions utérines*, à ces *coliques* particulières qui suivent l'accouchement.

Dans d'autres circonstances, les douleurs persistantes ont un siége fixe particulier: ainsi on les voit se fixer *dans les aines vers la profondeur du bassin*, *dans les lombes*. Il y a alors généralement une inflammation suppurative dans les *ovaires*, dans les *ligaments larges* ou *dans un autre point des environs de l'utérus*. M. Botrel, dans les cas d'angioleucite utérine qu'il a observés, a noté généralement des *douleurs atroces vers les lombes*. Les malades lui disaient qu'il leur semblait qu'on leur ouvrait les reins. On voit que cette différence dans les symptômes est due à la différence du siége des altérations anatomiques.

Toutes ces douleurs si vives, sans en excepter celles de la péritonite générale la plus violente, *deviennent plus obtuses*, et peuvent même se dissiper complétement *lorsque les malades tombent dans le collapsus*.

Du côté de l'intestin, on remarque tantôt la *constipation*, tantôt la *diarrhée*, et tantôt *ces deux symptômes alternativement*. Les matières rendues sont, en général, très fétides; elles ont une *odeur de putridité* marquée lorsque la maladie prend de la gravité et revêt les caractères qui ont fait admettre une forme typhoïde. Parfois, ainsi que l'ont constaté MM. Bidault et Arnoult (1), il y a du *ténesme*, et vers la fin de l'affection, des *selles involontaires*.

La *langue*, d'abord souple, blanchâtre, couverte parfois d'un enduit limoneux, devient noirâtre, dure, sèche quand l'affection prend de la gravité. Parfois aussi l'*haleine* est très fétide; il y a perte complète de l'*appétit*, parfois dégoût pour tout aliment dès le début, et parfois aussi une *soif* qui ne peut pas être satisfaite à cause des vomissements.

La *respiration* peut rester à l'état normal; mais on la voit, dans un certain nombre de cas, devenir courte, pénible, et plus ou moins accélérée. Ces troubles de la respiration sont dus tantôt à l'existence de la péritonite générale qui empêche l'abaissement du diaphragme, tantôt à des complications du côté des voies respiratoires telles que la *pleurésie*, la *pneumonie*, les *abcès du poumon*. Dans ces derniers cas, on a vu le nombre des inspirations s'élever à 40, 50 et plus encore.

(1) *Note sur une épidémie de fièvre puerpérale* (*Gaz. méd.*, 1843).

Le *pouls*, qui pendant la durée du frisson est petit, concentré, se relève quand la chaleur s'est rétablie, et devient tantôt plein et dur, tantôt large et dépressible. Dans certains cas très graves, il ne se relève pas et devient de plus en plus misérable. La maladie fait alors des progrès rapides. La fréquence du pouls est considérable. Lorsque la maladie a une certaine intensité, elle varie dans les différents cas de 110 à 140, et même 150 pulsations. Dans les derniers moments, le pouls devient filiforme et très accéléré.

La *céphalalgie* ne se montre ordinairement qu'après le frisson; parfois elle n'apparaît que vers le deuxième ou le troisième jour. Quelquefois elle se dissipe au bout d'un temps assez court, quelquefois aussi elle persiste jusqu'au dernier moment. Dans le premier cas, elle est, en général, frontale et assez vive; dans le second, elle est générale et sourde.

Après le frisson, la *peau* devient chaude et sèche; puis on la voit se couvrir d'une moiteur visqueuse, remarquable principalement à la *face*. Celle-ci est pâle, et les traits décomposés annoncent une souffrance profonde. Les yeux sont enfoncés dans les orbites, entourés d'un cercle noir, et égarés. Les lèvres sont entr'ouvertes, tremblantes, livides. Les narines sont sèches et pulvérulentes. M. Voillemier a noté quelquefois, un ou deux jours avant la mort, de *petits mouvements convulsifs* des lèvres et des paupières. C'est surtout dans les cas de péritonite générale intense qu'on observe ces phénomènes. Parfois, ainsi que l'ont remarqué MM. Bidault et Arnoult, il apparaît, sur la partie interne des cuisses et des jambes, des *pétéchies* plus ou moins nombreuses, dues à de petites infiltrations sanguines du derme.

Presque toujours la *prostration* est très grande dès le début. Souvent cette prostration va en augmentant jusqu'à la fin. Dans un certain nombre de cas, les forces se relèvent momentanément pour retomber ensuite. Même dans les cas où la maladie se termine par la guérison, il reste *pendant la convalescence* un *affaiblissement* notable.

Il résulte des recherches récentes, que les *facultés intellectuelles* sont dans un état variable. Ainsi, tandis que dans la plupart des épidémies de fièvre puerpérale, le plus grand nombre des malades conservent ces facultés intellectuelles presque jusqu'à la fin; que chez quelques unes seulement il y a une *stupeur* plus ou moins marquée et de la *lenteur dans les réponses;* que le plus petit nombre a, pendant la nuit, des *rêvasseries*, un peu de *délire tranquille*, on voit dans quelques autres, et une de ces épidémies observée par M. Botrel nous en offre un exemple, un *délire furieux*, avec vociférations, de la tendance à quitter le lit, et une perversion complète de l'intelligence alternant avec des *mouvements convulsifs* et la *contraction forcée* des muscles. Cet état se termine ordinairement par le *coma*. On ne trouve pas néanmoins, à l'autopsie, de lésions suffisantes pour expliquer cette différence dans les symptômes.

Avant les dernières recherches, on croyait généralement que les *lochies* se suppriment ou deviennent beaucoup moins abondantes pendant la fièvre puerpérale. Ces recherches ont prouvé qu'il n'en est pas ainsi, que *souvent même les lochies deviennent plus abondantes*, et MM. Moreau (1), Voillemier, Bouchut ont constaté qu'il n'y avait pas de rapport direct entre les diverses modifications que pré-

(1) *Rech. sur la fièvre puerp. épidémique*, thèse. Paris, 1844.

vent subir les lochies et l'intensité plus ou moins grande de la maladie. Toutefois, je dois dire que sur vingt-sept cas, M. Mailly (1) a trouvé que les lochies manquaient dans quinze, et étaient rares et séreuses dans tous les autres.

Il en est de même de la *sécrétion laiteuse*. En l'étudiant avec soin, les auteurs que je viens de citer, ainsi que MM. Bidault et Arnoult, ont vu que si elle est plus souvent supprimée que les lochies, ce phénomène n'est pas constant, comme on le pensait, et que ces modifications ne correspondent pas davantage à la gravité de l'affection. Ajoutons encore, néanmoins, que dans les vingt-sept observations mentionnées par M. Mailly (2), la sécrétion laiteuse n'a existé que dans six cas, et encore les mamelles étaient faiblement congestionnées. Son rétablissement, quand elle a été supprimée, coïncide le plus souvent avec une amélioration des symptômes, mais c'est là un caractère commun du rétablissement de toutes les fonctions.

L'excrétion de l'*urine* est souvent difficile et pénible. Cela tient, en général, à l'état de contusion dans lequel se trouve le canal de l'urètre, après un accouchement laborieux. Parfois, et surtout lorsqu'il existe des phénomènes cérébraux, il y a une *rétention d'urine* qui exige l'emploi de la sonde. On a trouvé, dans le fort de la maladie, l'urine fortement colorée, trouble, sédimenteuse; quelquefois on l'a vue comme purulente.

Lorsque les malades doivent succomber, on voit les forces tomber de plus en plus, la face s'altérer plus profondément, la stupeur et le coma faire des progrès, le pouls devenir misérable, presque insensible, les extrémités se refroidir, les douleurs devenir nulles ou très obtuses, et c'est ordinairement dans cet état que les malades s'éteignent.

Dans les cas de guérison, si la maladie n'a eu qu'une médiocre intensité, et s'il n'y a pas eu de lésions profondes, la fièvre tombe rapidement, et la convalescence se déclare sans autre phénomène notable qu'une faiblesse plus ou moins persistante. *Si, au contraire, la maladie a été violente et s'il y a eu des lésions plus ou moins considérables*, on voit d'abord les symptômes généraux s'apaiser peu à peu, mais les phénomènes locaux persistent ordinairement longtemps, et parfois même ils constituent une maladie de longue durée qui a des dangers réels.

§ IV. — Formes de la maladie.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, les diverses formes de la maladie n'ont pas une importance aussi grande que celle qu'on a voulu leur attribuer. Disons seulement que lorsqu'on ne trouve qu'une fièvre violente avec chaleur, élévation du pouls, agitation plus ou moins marquée, et des douleurs abdominales assez intenses, on donne à la maladie le nom de *fièvre puerpérale inflammatoire*; que lorsqu'il y a céphalalgie gravative avec nausées, enduit limoneux de la langue, dégoût, couleur jaunâtre autour des lèvres et sur les côtés du nez, sans faiblesse considérable du pouls, peu ou point de frissons ou de douleurs abdominales, on dit que la *fièvre puerpérale est bilieuse* ou *muqueuse*; que dans les cas où la maladie présente les symptômes de la fièvre intense tels que nous les avons décrits

(1) *Rech. sur une épidémie de péritonite puerpérale à la Maternité de Paris*, mai 1851; thèse, Paris, 1852.

(2) *Loc. cit.*

plus haut, on reconnaît la *fièvre puerpérale typhoïde;* enfin, que si les symptômes prennent avec une très grande rapidité une intensité extrême, si la respiration devient tout à coup gênée avec des signes d'asphyxie, coloration violette de la face, abolition des sens, anéantissement presque complet de la circulation, et si la mort survient dans quelques heures, on donne à la maladie le nom de *fièvre puerpérale foudroyante.* Les cas de ce genre, tels que M. Moreau en a observé, sont extrêmement rares.

Enfin, la *fièvre puerpérale secondaire*, signalée par M. Lasserre, se distingue des autres en ce qu'elle débute ordinairement comme une fièvre de lait ordinaire; qu'elle reprend de l'intensité peu à peu, et que, par conséquent, les grandes perturbations du début que nous avons indiquées plus haut ne s'y font pas ordinairement remarquer.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement aiguë et toujours croissante, sauf quelques faibles alternatives d'amélioration que j'ai indiquées plus haut. On l'a divisée en *deux périodes:* dans la *première*, s'observent les *symptômes violents* dont j'ai donné la description, tels que le frisson, la chaleur, l'agitation, les douleurs, les vomissements; dans la *seconde*, nous trouvons l'obtusion des douleurs, la cessation ou la *dépression des symptômes de la première période*, une prostration profonde, en un mot, les symptômes de *collapsus* sur lesquels je me suis étendu.

J'ai dit plus haut que l'existence de la *fièvre puerpérale intermittente* n'était pas admise par tous les auteurs. Le cas rapporté par M. Pietro Biagini (1) sous le nom de *fièvre pernicieuse, délirante, amaurotique*, n'est pas assez détaillé dans l'extrait que j'ai pu me procurer (2) pour nous permettre de nous prononcer sur ce point. Je dirai seulement que la maladie a cédé à l'administration du *citrate de quinine.* L'observation qui a été rapportée par le docteur Canuto Canuti (3) est plus concluante; car la fièvre, qui s'accompagnait de suppression de lochies, de météorisme et de douleur extrême de l'abdomen, revenait tous les jours à une heure fixe, et dans les intervalles les symptômes même locaux se dissipaient presque complétement. Le *quinquina* eut un succès complet. Ce fait unique ne nous permet pas néanmoins d'avoir une opinion arrêtée.

Dans les cas de mort, la *durée* de la maladie est souvent très courte. Nous avons vu que, dans des cas très rares, elle peut n'être que de quelques heures. En général, la mort ne survient que du troisième au quatrième ou huitième jour. Dans les cas de guérison, la durée est très variable. Nous avons vu, en effet, que, lorsque la maladie a une intensité médiocre, quelques jours suffisent pour l'entrée en convalescence. Dans le cas contraire, il faut deux ou trois semaines, et même plus. J'ai dit aussi que les lésions locales pouvaient être telles qu'il fallait un temps très long pour les dissiper; mais il est permis d'admettre en pareil cas que ces lésions

(1) *Sur une forme particulière de fièvre puerpérale* (*Gaz. toscana delle scienze mediche*, 1845).

(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1845.

(3) *Fièvre intermittente puerpérale* (*Repertorio delle scienze fisico-mediche del Piemonte* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1839).

constituent une maladie particulière, qui n'a de commun avec la fièvre puerpérale que son origine.

Quant à la *terminaison*, tout le monde sait combien elle est fréquemment mortelle, surtout en temps d'épidémie. Il suffit de se rappeler les chiffres de la mortalité donnés par quelques auteurs, et qui s'élèvent jusqu'aux deux tiers des malades, et plus encore, pour en être convaincu.

§ VI. — Lésions anatomiques.

J'ai déjà dit que les altérations anatomiques qui correspondent à l'ensemble de symptômes qui vient d'être décrit sont très diverses, et que même, dans quelques cas, on n'en trouve aucune qui ait quelque importance. Il en résulte qu'elles n'ont qu'une valeur médiocre dans cette affection, et qu'il suffit de les indiquer sommairement.

On a trouvé l'utérus enflammé, ramolli, gangrené à sa surface interne, dans un certain nombre de cas. M. Botrel a vu des lésions semblables dans le vagin. Assez fréquemment, on trouve des abcès dans le tissu même de l'utérus, dans les ligaments larges, les ovaires, les trompes. Plus fréquemment encore, dans le péritoine, dans un point quelconque de la profondeur du petit bassin. Les lésions de la péritonite peuvent certainement être placées parmi les plus fréquentes, et c'est là ce qui a fait croire que la fièvre puerpérale est tout simplement une péritonite.

Les veines utérines sont souvent enflammées et contiennent du pus; parfois la phlébite s'étend plus ou moins loin aux veines hypogastriques, iliaques, crurales. Cette lésion est loin toutefois d'être constante, et sa fréquence varie beaucoup suivant les épidémies. M. Duhamel (1) ne l'a jamais rencontrée dans l'épidémie de l'Hôtel-Dieu, et déjà M. Vernay avait signalé son absence constante dans une épidémie observée à Lyon. M. Mailly ne l'a trouvée que 2 fois sur 27.

La lymphangite est, d'après les recherches récentes, beaucoup plus fréquente que la phlébite, sans toutefois être constante. Elle occupe les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, qui sont gonflés par la matière purulente; parfois elle s'étend aux ligaments larges, aux ovaires, et remonte même jusqu'auprès du réservoir de Pecquet, comme M. Botrel, qui a constaté la lymphangite dans tous les cas observés par lui, en a rapporté un exemple. Dans certaines épidémies, cette lésion manque complétement. C'est ce qui avait lieu dans celle dont M. le docteur Duhamel (2) nous a donné l'histoire.

Il est très commun de rencontrer des abcès disséminés : 1° dans les articulations ou autour d'elles; 2° dans les muscles; 3° dans les poumons, le foie, la rate, les reins, le cerveau, etc.

On trouve aussi fréquemment des inflammations secondaires dont la grande tendance à la suppuration est le caractère le plus remarquable : ce sont la pleurésie, la pneumonie, la méningite, la cystite.

Du côté des voies digestives, on voit le ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale, un développement considérable des follicules de Brunner, s'arrêtant à la valvule iléo-cœcale; une inflammation des plaques de Peyer qui est loin d'être constante et qui ne ressemble pas à la lésion de la fièvre typhoïde, bien que quel-

(1) *Considérations sur la fièvre puerpérale*, etc.; thèse. Paris, 1850, p. 33.
(2) *Loc. cit.*



quefois on trouve de petites ulcérations à la surface de ces plaques ; l'engorgement, la friabilité, la rougeur des ganglions mésentériques ; des vers lombrics ou trichocéphales de l'intestin (Moreau).

Nous n'avons que des renseignements très incomplets sur l'état du sang dans la fièvre puerpérale. M. Bouchut l'a trouvé liquide, pâle, quelquefois jaunâtre. Il a vu le caillot obtenu par la saignée mou et parfois couvert d'une couenne peu consistante. Il a trouvé une diminution de fibrine. M. Botrel a vu, au contraire, la proportion de fibrine augmentée ; mais il n'a examiné le sang qu'à une époque peu éloignée du début, et il pense que s'il l'avait étudié pendant la période de collapsus, il aurait trouvé la fibrine en quantité moindre qu'à l'état normal. M. Bouchut a vu en outre des globules volumineux, incolores et frangés qu'il regarde comme des globules de pus ; mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, il est plus probable que ce sont de simples globules rouges altérés.

M. Hersent (1), de son côté, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° La modification appréciable du sang dans la fièvre puerpérale grave consiste dans une forte augmentation de l'eau, une diminution extrêmement considérable des globules, enfin dans une diminution également très grande de l'albumine. 2° Plus ces modifications sont faibles, moins la maladie est grave. 3° Le sang conserve généralement toute sa proportion de fibrine, et même plus ; par conséquent, il n'est pas diffluent, comme on le pense généralement. 4° Il y a néanmoins un petit nombre de cas dans lesquels cette diffluence se rencontre par suite de la forte diminution de la fibrine, sans que l'on puisse faire de cette altération quelque chose de caractéristique. 5° La viciation du sang préexiste probablement au développement de la maladie ; mais elle ne peut pas être considérée comme sa cause. Cependant son existence augmente beaucoup la gravité de l'état morbide.... »

On voit que nos renseignements sur l'état du sang sont très insuffisants, et qu'il n'est pas encore permis d'expliquer la production de la fièvre puerpérale par l'altération de ce liquide.

C'est dans les cas promptement fatals qu'on a noté l'absence des lésions anatomiques.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque la fièvre puerpérale est bien établie, surtout en temps d'épidémie, son diagnostic est facile. Toutefois il ne faut pas oublier que, comme vient encore de le démontrer tout récemment M. Gaussail (2), dans un travail intéressant, plusieurs des inflammations mentionnées plus haut, et en particulier la *péritonite* et la *métrite*, peuvent se manifester sans qu'il y ait, à proprement parler, de fièvre puerpérale, et comme elles donnent lieu à un mouvement fébrile prononcé, il n'est pas douteux que, dans les cas de ce genre, on doit être fort embarrassé. Il faut même reconnaître que nous n'avons pas encore de moyens certains de distinguer constamment ces affections primitivement locales, de la maladie générale qui nous occupe. Mais les cas de ce genre sont fort rares, et l'on ne peut pas en arguer contre l'existence de la fièvre puerpérale, car presque toujours celle-ci se présente avec des caractères tranchés.

(1) *Rech. sur la comp. du sang dans les fièvres puerpérales*, thèse. Paris, 1843.

(2) *Obs. et réflex. sur un cas de métro-péritonite puerpérale* (*Journ. de méd., chir. et pharmacie de Toulouse*, février 1851).

On voit quelquefois la fièvre puerpérale commencer comme une simple *fièvre de lait*. M. Lasserre a particulièrement étudié les cas de ce genre. Au début, on peut donc être embarrassé ; mais bientôt les caractères de la fièvre puerpérale deviennent plus manifestes, et il n'y a plus de doute.

Un frisson intense ou prolongé, la tristesse, l'abattement, la sécheresse de la bouche, la soif, des douleurs abdominales vives, sont les phénomènes qui annoncent le plus sûrement la fièvre puerpérale, et comme c'est au début que le diagnostic présente quelques difficultés, c'est sur ces signes que l'attention doit être particulièrement fixée.

§ VIII. — Traitement.

Des traitements très variés ont été dirigés contre cette affection. Il est impossible d'avoir, sur beaucoup d'entre eux, des renseignements qui nous permettent de nous faire une opinion arrêtée sur leur efficacité, et je me verrai réduit à en donner une simple mention.

Émissions sanguines. M. Voillemier, qui a particulièrement étudié l'influence des émissions sanguines (1), leur accorde une assez grande valeur, mais dans certaines circonstances seulement. Il a vu ce moyen réussir dans les cas où la force du pouls et les autres symptômes précédemment indiqués donnaient à la maladie les caractères attribués à la *forme inflammatoire*. Mais, et c'est là un fait qui prouve qu'il ne faut pas, ainsi que je l'ai dit plus haut, attacher trop d'importance à ces formes de la maladie, dans ces cas même, il a vu la saignée être suivie d'une chute du pouls qui persistait ensuite, et avoir par conséquent de mauvais effets. On a remarqué, en outre, que dans certaines épidémies les saignées étaient beaucoup mieux supportées que dans d'autres, et c'est ce que le praticien doit avoir toujours présent à l'esprit, afin de ne pas insister sur un moyen funeste, quand même les symptômes paraîtraient engager à le mettre en usage. Au reste, remarquons que ces différences dans les effets de la saignée suivant telle ou telle épidémie, expliquent les différences dans les opinions des médecins qui se sont occupés du traitement de la fièvre puerpérale, et nous font comprendre pourquoi certains auteurs, tels que Dewees (2) et Siebold (3) ne conseillent la saignée qu'au moment de l'invasion de la fièvre. Suivant que les phénomènes généraux ou les phénomènes locaux prédominent, on a particulièrement recours aux *saignées générales* ou aux *sangsues*. Celles-ci ont été appliquées en très grand nombre, surtout à l'époque où l'on suivait les préceptes de Broussais ; mais M. Tonnelé (4) a montré combien cette pratique suivie d'une manière générale était funeste dans beaucoup de cas. Ainsi donc, on ne peut rien dire sur les émissions sanguines qui s'applique à tous les cas. C'est d'après l'état du malade et d'après les effets du moyen dans chaque épidémie particulière que le médecin doit se diriger.

Vomitifs. L'emploi des vomitifs est loin d'être nouveau. Déjà P. Frank et Hufeland les avaient beaucoup vantés. Dans ces dernières années on les a administrés principalement lorsque la maladie présente les caractères qui ont servi à distinguer

(1) *Loc. cit.*, et *Des émissions sanguines dans le traitement de la fièvre puerpérale* (*Bull. gén. de thér.*, mars 1844).
(2) *A treatise on the diseases of females*. Philadelphie, 1837.
(3) *Siebold's Journal*, et *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXIII, 1830.
(4) *Des fièvres puerpérales*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1830, t. XXIII).



la *forme bilieuse ou muqueuse.* En pareil cas, dit M. P. Dubois, il arrête ou guérit la maladie comme par enchantement. Il serait bien à désirer que des recherches rigoureuses fussent faites à ce sujet, car quoique la fièvre puerpérale, lorsqu'elle est bien caractérisée, soit facilement reconnaissable, on ne peut s'empêcher de penser que quelques états accidentels peuvent la simuler, et l'on concevra combien il doit être difficile de ne pas tomber dans l'erreur en temps d'épidémie, lorsque l'esprit est entièrement préoccupé de la maladie régnante. Le docteur Saxtorph (1) a eu à se louer de l'emploi des vomitifs ; mais, d'un autre côté, M. Botrel les a trouvés inutiles ou même dangereux.

Purgatifs. Nous n'avons pas de données plus positives relativement aux purgatifs employés par les médecins anglais et allemands plus souvent que par les médecins français. On a parlé de leurs bons effets, mais sans nous en fournir des preuves convaincantes. Suivant M. Lasserre, les purgatifs, et surtout les purgatifs salins, ont souvent de très bons effets, après avoir momentanément aggravé les symptômes, lorsque la diarrhée a résisté aux moyens ordinaires, et en particulier aux opiacés. Ce ne sont là que des appréciations générales qui ont besoin d'être confirmées par l'analyse d'un bon nombre de faits particuliers.

On a administré indifféremment l'eau de Sedlitz, le sulfate de soude, l'huile de ricin, de croton. Sauf la remarque faite par M. Lasserre, rien n'engage à recourir à un de ces moyens plutôt qu'à un autre, si ce n'est le degré de purgation que l'on veut produire. Je dirai un mot du calomel à propos des mercuriaux.

Narcotiques, *opiacés*, *aconit.* Il est difficile que, dans une maladie dans laquelle les douleurs, les vomissements, la diarrhée, sont des symptômes si dominants, on se dispense d'administrer les narcotiques. Aussi est-il peu d'auteurs qui ne leur aient accordé une place dans le traitement de la fièvre puerpérale. C'est l'opium qui est ordinairement administré sous ces diverses formes. On prescrit les potions opiacées contre les vomissements et les douleurs, l'*extrait d'opium*, la *codéine*, la *morphine* dans les mêmes circonstances. Il faut, en général, élever rapidement les doses, pour obtenir un effet notable dans une affection qui marche si souvent avec tant de rapidité.

C'est le *laudanum* de Sydenham qui fait la base de la médication proposée par le docteur Most (2), et l'on peut même penser que c'est la seule substance agissante, car l'*élixir acide de Haller*, auquel il l'associe, ne doit avoir, dans cette circonstance, qu'une action peu importante. Voici comment ce médecin dirige le traitement :

♃ Élixir acide de Haller...... 4 gram. | Laudanum de Sydenham..... 2 gram.

Mêlez. Dose : de 15 à 25 gouttes toutes les trois heures. Il faut continuer cette administration pendant 24 heures.

Alors on s'arrête et l'on observe les effets. Il peut se faire que cette dose suffise et que la guérison soit rapide. Si les symptômes se reproduisent, on recommence l'administration des gouttes de la même manière.

On voit que, dans les cas les plus simples, les malades prennent de 50 à 60 gout-

(1) Voy. *Bibl. for Laeger*, t. IV. Copenhague, 1843.

(2) Cité par M. Smith, *Quelques consid. générales sur la thérapeutique de la fièvre puerpérale* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1844).

tes de laudanum dans les vingt-quatre heures, et que, lorsqu'il faut continuer le médicament, cette dose peut être doublée ou triplée en deux ou trois jours.

M. Most a cité des faits dans lesquels on voit des symptômes assez intenses qui se rapportent à la fièvre puerpérale se dissiper en vingt-quatre ou quarante-huit heures. M. Smith (1), qui a suivi la même méthode dans six cas, a obtenu un succès constant. Malheureusement, ce médecin oublie de nous dire s'il s'agit de cas observés pendant une épidémie, ou à l'état sporadique, ce qui est bien différent. Quoi qu'il en soit, ces faits engageront, sans aucun doute, les praticiens à employer ce moyen bien simple, et par là à nous mettre à même d'apprécier exactement sa valeur.

Je me contenterai de mentionner la *belladone*, la *jusquiame*, le *datura*, dont les effets ne nous sont pas suffisamment connus dans cette affection ; mais je dois dire quelques mots de l'*aconit*, qui a été préconisé dans ces dernières années.

M. le docteur Tessier (2) regarde l'aconit, qu'il donne sous forme d'*alcoolature*, comme une sorte de spécifique contre la fièvre puerpérale. Les faits qu'il a cités sont encore trop peu nombreux pour nous permettre de nous prononcer, et ce n'est qu'après avoir employé ce médicament dans plusieurs épidémies, qu'on pourra être fixé sur sa valeur. M. Dubreuilh fils (3) a rapporté de son côté, un cas de guérison par ce traitement ; mais il faut remarquer que, dans ce cas, on a employé les frictions mercurielles et un grand vésicatoire sur le ventre, moyens actifs dont il ne faut pas faire abstraction quand il s'agit d'apprécier les effets d'un traitement quelconque. Voici comment M. Dubreuilh a administré l'alcoolature d'aconit :

℞ Alcoolature d'aconit....... 6 gram. | Sirop de sucre........... 130 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche dans chaque tasse de tisane.

Je le répète, cette médication doit être soumise à de nouvelles expérimentations, et c'est surtout en temps d'épidémie qu'on devra l'essayer. Déjà M. le docteur Duhamel (4) a vu employer plusieurs fois ce médicament sans succès dans une épidémie qui a régné à l'Hôtel-Dieu, et tout fait craindre qu'on ne se soit fait illusion, en opérant sur des faits isolés et peu graves.

Mercuriaux. J'ai dit plus haut qu'on a fait un grand usage du *calomel*. C'est en Angleterre qu'on y a eu le plus fréquemment recours. On l'a donné tantôt à dose assez considérable, et de manière à produire une purgation plus ou moins forte (de 1 à 3 grammes), tantôt à doses réfractées : deux ou trois centigrammes toutes les demi-heures ou toutes les heures. Nous éprouvons, quand il s'agit d'apprécier l'utilité de ce médicament, les mêmes incertitudes que nous avons maintes fois exprimées dans le cours de cet article.

On sait avec quel enthousiasme on a, dans ces dernières années, parlé des heureux effets des *frictions ou onctions mercurielles* sur l'abdomen, dans la péritonite. Ces frictions, ces onctions ont été employées dans les cas de fièvre puerpérale, dans lesquels, ainsi que je l'ai dit plus haut, la péritonite est si fréquente. Eh bien,

(1) *Loc. cit.*, p. 53.
(2) *Gaz. méd.*, mars 1846.
(3) *Union médicale*, 2 septembre 1847.
(4) *Considérations sur la fièvre puerpérale*, etc., thèse. Paris, 1850.

nous n'avons encore trouvé aucune preuve convaincante de leur efficacité. Quant à la manière de les appliquer je l'ai indiquée à l'article *Péritonite*.

Le traitement employé dans l'épidémie relatée par M. Mailly consista surtout en de *larges vésicatoires sur l'abdomen*. Sur 27 malades 11 guérirent.

Injections intra-utérines. Les injections intra-utérines qui avaient été proposées par M. Vidal, de Cassis (1), contre le catarrhe utérin, ont été aussi mises en usage dans la fièvre puerpérale avec métro-péritonite. MM. Gensoul et Roche (2) les recommandent, et M. Roche, en particulier, dit que cette pratique lui a maintes fois réussi. M. Bonnet, de Poitiers (3), les a mises en usage dans un cas, mais sans succès. Nous n'avons encore rien de bien positif sur ce point. Si l'on voulait mettre les injections en usage, il faudrait agir avec beaucoup de prudence, ne pas injecter le liquide trop fort et trop brusquement, et n'employer que les injections émollientes, ainsi que le recommande M. Vidal.

Suivant M. Malgaigne (4) le meilleur traitement de la fièvre puerpérale consiste, après avoir fait une saignée modérée du bras, à *maintenir les femmes dans une température élevée*, en attachant leur couverture, en couvrant le ventre de cataplasmes chauds et en donnant des boissons sudorifiques. Par ce moyen, il ne perd, dit-il, que 1 accouchée sur 44, tandis que, dans les Maternités, on en perd 1 sur 25 ou 26. C'est une médication qui mérite d'être expérimentée par d'autres praticiens.

Moyens divers. Il ne me reste plus maintenant qu'à indiquer un certain nombre de moyens qui ont été conseillés par des auteurs recommandables, mais sur lesquels nous n'avons que des données tout à fait insuffisantes.

En première ligne vient la *terébenthine*, employée principalement par les médecins anglais et américains, parmi lesquels il faut citer les docteurs Payne (5), Atkinson (6), Johnson (7). Ce médicament est donné à la dose de 4 à 8 grammes toutes les deux ou trois heures.

Viennent ensuite le *nitrate*, le *carbonate de potasse* (Récamier), l'*iodure de potassium* (Schmitz) (8), le *crocus metallorum* ou *sulfure d'antimoine et de potasse pulvérisée* (Eisenmann) (9), les *acides minéraux* (Wedekind, Most). C'est à une expérimentation ultérieure à nous apprendre quelle est l'action réelle de ces médicaments, et dans quelles circonstances ils doivent être administrés.

Lorsque les signes d'inflammation prédominent, on aide l'action des médications précédentes par des *bains*, des *injections émollientes*, des *cataplasmes*, etc. Lorsque, au contraire, les malades sont dans le collapsus, on donne quelques *toniques;* mais ces derniers moyens, parmi lesquels le *quinquina* tient la première place, sont plus particulièrement réservés pour la convalescence.

(1) *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de l'utérus*. Paris, 1840.
(2) *Sur les injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale* (*Union médicale*, 6 décembre 1849).
(3) *Des injections intra-utérines dans les fièvres puerpérales* (*Union médicale*, 8 janv. 1850).
(4) Voy. Maurat, *De la métro-péritonite puerpérale*, thèse. Paris, 1849.
(5) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, 1822.
(6) *The Lond. med. and phys. Journ.*, 1815.
(7) *The Philadelphia Journ.*, 1825.
(8) *Neue Zeitschrift d. Geburts*, t. II.
(9) *Die Kindbettfieber*, etc. Erlangen, 1835.

Enfin la *diète* doit être très sévère tant que les principaux symptômes existent, et dans la convalescence, on ne doit revenir au régime ordinaire que lentement et avec beaucoup de précaution.

Quant au *traitement des lésions qui persistent*, je l'ai indiqué dans les articles consacrés à la *péritonite*, à la *métrite*, à l'*ovarite*, etc.

Traitement préservatif. Malgré l'emploi des médications précédentes, la mortalité de la fièvre puerpérale est toujours très considérable. Aussi les médecins ont-ils cherché si, par quelque moyen, ils ne pouvaient pas préserver les femmes de cette maladie si grave. M. Tessier pense que l'*alcoolature d'aconit* peut agir non seulement comme moyen curatif, mais encore comme moyen préservatif. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour nous permettre de nous prononcer à ce sujet.

Un moyen qui a été plus largement expérimenté consiste dans l'administration du *sulfate de quinine* mise en usage par M. Leudet (1), médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Dans aucun des cas où ce médicament a été administré la fièvre puerpérale ne s'est déclarée, tandis que, aux mêmes époques, la fièvre puerpérale sévissait chez les femmes en couches qui n'avaient pas été soumises à cette médication préventive. Voici comment M. Leudet prescrit le sulfate de quinine :

« Aussitôt que la nouvelle accouchée est un peu remise des fatigues occasionnées par le travail, c'est-à-dire quatre heures environ après la délivrance, on fait prendre 1 gramme du médicament dans les vingt-quatre heures, et en trois fois. Le lendemain, on ordonne un second gramme de sulfate. Les jours suivants, on réduit la quantité de ce sel à 60 centigrammes, et on la continue jusqu'à ce que la femme ait passé l'époque où la fièvre puerpérale a coutume de se manifester, jusqu'au sixième jour environ. La fièvre de lait n'est pas toujours une indication pour suspendre son emploi, car elle est souvent si peu intense chez les personnes qui viennent réclamer des secours dans les hôpitaux, qu'elle s'accompagne à peine de quelques symptômes généraux. Dans les cas les plus fréquents, la fièvre puerpérale débute du deuxième au quatrième jour depuis la délivrance; alors il suffit d'attendre que celle-ci ait eu lieu pour commencer le traitement prophylactique. Cela ne suffit plus lorsque la fièvre se développe pendant le travail, ou immédiatement après sa terminaison, ainsi qu'on l'a vu dans certaines épidémies, et en particulier à l'Hôtel-Dieu de Rouen, au mois de septembre 1843. Au premier signe qui annonce que le travail va commencer, il faut recourir au sulfate de quinine. Jamais M. Leudet n'a vu de graves accidents à la suite de cette médication; il y a eu parfois quelques légers étourdissements, un peu de céphalalgie, du ralentissement du pouls; mais tout cela est si peu marqué, qu'on n'a pas jugé convenable de s'en occuper, encore moins de suspendre le traitement prophylactique. »

C'est en employant ce traitement préventif dans un grand nombre d'épidémies et dans divers pays qu'on parviendra à connaître son degré réel d'efficacité. J'ajoute seulement ici que M. Dubreuilh fils (2) a vu mettre en pratique par M. Cazeaux, en 1845, cette méthode de traitement sur 25 femmes qui prirent ainsi le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour, pendant quatre jours, en commençant immédiatement après les couches. 13 d'entre elles furent prises de fièvre puer-

(1) Voy. de Folleville, thèse. Paris, 1847.

(2) *Du sulfate de quinine comme moyen prophylactique de la fièvre puerpérale* (*Union médicale*, 22 avril 1848).

pérale, et 3 seulement succombèrent. Ces résultats sont beaucoup moins heureux que ceux qui ont été signalés par M. Leudet. Cependant remarquons que la mortalité n'a pas été aussi considérable qu'elle l'est ordinairement.

M. Leconte (1), d'Eu, préconise le *sulfate de quinine* comme traitement curatif, qu'il donne à la dose de 1 à 2 grammes par jour, 1 ou 2 décigrammes toutes les heures, concurremment avec les frictions mercurielles. Il cite dix observations à l'appui de ses assertions ; mais les cas observés par ce médecin ne se sont pas présentés sous l'influence épidémique. Faisons aussi remarquer avec M. Alaboisette (2) que le pays dans lequel exerce M. Leconte est marécageux, que les fièvres intermittentes y règnent, et que les maladies ont toutes de la tendance à se compliquer de l'état intermittent. Cette circonstance n'est-elle pas la cause du succès du traitement ?

M. Malgaigne emploie comme traitement prophylactique la soustraction des malades à la température extérieure de la même manière que dans le traitement curatif.

Les *soins de propreté*, une *bonne hygiène*, l'*aération des salles*, le soin d'*éviter l'encombrement*, et même d'*épargner* aux femmes *tout contact* avec les matières quelconques provenant d'une malade ; enfin l'*évacuation des salles*, si l'épidémie prend du développement, sont des moyens qu'il est à peine nécessaire d'indiquer, de même que l'*éloignement des foyers d'infection*, et du pays même où sévit la fièvre puerpérale quand la chose est possible.

Résumé. Tel est le traitement d'une maladie qui, malgré tous les efforts des médecins, fait toujours de nombreuses victimes. C'est assez dire qu'il est encore bien incertain. Les émissions sanguines, les émollients, les frictions mercurielles, les vomitifs et les purgatifs, l'opium sont les médicaments qui sont le plus généralement employés, et en y joignant le sulfate de quinine comme moyen prophylactique, on aura le traitement auquel on peut donner le nom de traitement ordinaire de la fièvre puerpérale. Les cas n'étant pas assez tranchés, il serait impossible de donner des ordonnances qui s'appliquassent à des états bien déterminés, et il vaut mieux s'abstenir.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; vomitifs ; purgatifs ; narcotiques : opium ; aconit ; mercuriaux ; injections intra-utérines ; soustraction des malades à la température extérieure. *Moyens divers :* térébenthine ; sel de potasse, etc. ; émollients ; toniques ; régime. *Traitement préservatif.*

ARTICLE VII.

FIÈVRE JAUNE.

Comme le *typhus fever*, la fièvre jaune est une maladie qui ne se montre pas dans tous les pays ; il y a des limites géographiques qu'elle n'a jamais franchies. Les lieux où on l'observe sont les îles et une partie du continent de l'Amérique et

(1) *Union médicale*, 11, 20 et 22 février 1851.
(2) *Union médicale*, 31 mai 1851.

quelques points de l'Afrique ; mais assez fréquemment on l'a vue se montrer sous forme d'épidémie sur le littoral de l'Espagne et du Portugal. On l'a vue aussi apparaître à Livourne en Italie, et même on a prétendu qu'elle s'était montrée à Rochefort en France, mais rien n'est plus douteux.

Quel est le lieu d'origine de la fièvre jaune ? Il est impossible de répondre d'une manière précise à cette question. Cependant, si l'on considère que dans l'antiquité on ne trouve aucune trace évidente de cette affection ; qu'elle n'a commencé à être bien connue qu'après le retour des Espagnols du nouveau monde ; que c'est là qu'elle règne le plus constamment et qu'elle exerce les plus grands ravages, on est porté à admettre que c'est en Amérique qu'elle a pris naissance, sans pouvoir décider toutefois si elle y existait déjà avant l'arrivée des Espagnols (ce qui néanmoins paraît probable), ou si elle s'est développée après la conquête.

Avant le milieu du XVIIe siècle, nous ne trouvons que des indications plus ou moins vagues de la fièvre jaune. Vers cette époque seulement, les descriptions prirent un caractère scientifique ; puis elles se multiplièrent, la maladie étant étudiée à la fois dans les colonies espagnoles, françaises, anglaises, et dans les points de l'Europe où se déclaraient les épidémies. Je me bornerai à signaler quelques uns des principaux travaux dans le cours de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une bonne définition de la fièvre jaune. On a dit que cette affection est une maladie fébrile, caractérisée par la couleur rouge, puis jaune des téguments, par la douleur épigastrique, les vomissements noirs et la rétention d'urine ; mais ces symptômes ne se montrent que dans les cas graves ; il est des cas qui sont si légers qu'à peine aperçoit-on un faible malaise, sans jaunisse, et sans aucun des autres symptômes que je viens d'indiquer, et cependant une étude attentive des faits prouve que l'affection n'en a pas moins existé, et que les sujets sont préservés pour l'avenir. Je n'en dirai pas davantage sur ce point, quant à présent, et je renvoie à l'indication des lésions anatomiques ce que j'ai à dire du caractère épidémique de la fièvre jaune.

Cette affection a été désignée sous un grand nombre de noms différents ; les principaux sont les suivants : *Typhus*, *typhus ictérode*, *nautique*, *typhus amarille* ou *typhus jaune*, *fièvre bilieuse d'Amérique*, *coup de barre*, etc. On lui a donné aussi les noms des pays où on l'a observée : *fièvre d'Amérique*, *de la Martinique*, *des Barbades*, *de Livourne ;* ou bien on a désigné un autre symptôme de l'ictère : *vomito negro*, *vomissement noir*, etc., etc.

§ II. — Causes.

J'ai dit plus haut que *la fièvre jaune ne se montre que dans certaines régions.* C'est un fait qui est établi sur les plus nombreuses observations ; mais, sans entrer dans d'autres détails, je me contenterai de dire qu'elle n'a jamais dépassé le 48e degré de latitude boréale et le 8e degré de latitude australe.

Un certain degré d'élévation de la température est, d'après toutes les recherches, nécessaire pour que la maladie se produise (+ 18 degrés environ). Si ce degré est dépassé, si la chaleur devient brûlante et le pays aride, on ne voit pas la fièvre jaune ; au-dessous de ce degré elle n'existe pas davantage.

Quant aux *saisons*, l'été et l'automne sont celles dans lesquelles se développe le plus souvent la maladie.

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler principalement Chervin (1) ont avancé que la fièvre jaune est de nature paludéenne, c'est-à-dire qu'elle est due à la même cause que la fièvre intermittente. Souty, chirurgien distingué de la marine (2), partage cette opinion, sans toutefois accorder à cette cause une influence exclusive ; mais tous les faits ne viennent pas à l'appui de cette explication. M. le docteur Dutroulau (3), qui nous a donné une très bonne description de l'épidémie de fièvre jaune qu'il a observée à la Martinique, de 1839 à 1841, cite des épidémies qui se sont développées dans des lieux très éloignés de tout terrain marécageux, et dans un mémoire récent (4), ce médecin donne de nouvelles preuves à l'appui de sa première assertion.

Tous les auteurs s'accordent à ranger l'*humidité* parmi les causes principales de la fièvre jaune ; M. Dutroulau admet lui-même l'influence de cette cause. Il est, en effet, remarquable que c'est dans les saisons pluvieuses et dans les lieux où les pluies sont abondantes et de longue durée, que se montre particulièrement la maladie. Ces deux conditions, *humidité et chaleur*, paraissent donc les principales circonstances atmosphériques dans lesquelles elle se développe.

Il faut y joindre, d'après les recherches de M. Dutroulau, certains *vents* qui varient suivant les lieux, le vent du sud, par exemple, pour la Martinique ; l'abondance de l'*électricité* dans l'atmosphère, les orages.

On a dit que les enfants sont moins fréquemment atteints que les adultes, que la maladie attaque de préférence les sujets d'un *tempérament bilieux*, etc. ; mais nous n'avons pas sur ce point de preuves suffisantes.

Acclimatement. On a remarqué que dans les épidémies, les Européens, et surtout les nouveaux débarqués, sont particulièrement atteints, et l'on en a conclu qu'il fallait un certain acclimatement pour résister à la fièvre jaune. Je ne prétendrai assurément pas le contraire ; mais je ferai remarquer que ce fait n'est peut-être pas aussi bien démontré qu'on le croit communément. Il résulte des recherches de M. Louis (5), qu'il y a des cas de fièvre jaune extrêmement légers, et que, d'un autre côté, cette maladie (les cas contraires sont des exceptions) n'attaque les sujets qu'une fois. Or ne doit-il pas y avoir un bon nombre de cas qui passent inaperçus, et de là, en partie du moins, cette immunité qu'on attribue à l'acclimatement ?

Infection ; contagion. Je ne peux entrer dans les longues discussions qui se sont élevées à ce sujet, et je dois me borner à dire que l'infection est généralement admise, et que la contagion, dont on ne doutait guère autrefois, est aujourd'hui regardée comme très douteuse, ou formellement niée par la plupart des médecins. MM. Louis, Trousseau et Chervin ont réuni à Gibraltar un grand nombre de do-

(1) *De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne* (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VII, p. 1045 et suiv.

(2) Thèse, Montpellier, 1845.

(3) Thèse, Paris, 1842.

(4) *Arch. gén. de méd.*, février 1853.

(5) *Rech. sur la fièvre jaune de Gibraltar de* 1828 (*Mém. de la Soc. méd. d'observ. de Paris*, t. II, 1844).

cuments sur ce point d'étiologie (1), mais malheureusement aucun d'eux ne nous en a donné l'analyse.

Un mot suffit pour les *causes occasionnelles* auxquelles tous les auteurs ne donnent qu'un rang très secondaire. Celles qu'on a signalées sont les vives *émotions morales*, les *grandes fatigues*, les *excès* de tout genre; l'exposition au froid et à l'humidité, ou au contraire l'insolation prolongée. Quel est le degré d'action de ces causes? C'est ce que nous ne pouvons dire d'après les documents que nous possédons.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la fièvre jaune ont été étudiés avec un très grand soin par beaucoup d'observateurs; mais M. Louis est le premier qui ait apporté dans leur description un ordre et une méthode convenables. C'est donc sa relation qu'il importe de suivre principalement. Mais comme dans certaines épidémies on a trouvé des symptômes particuliers, et comme c'est une opinion très accréditée que les diverses épidémies de la fièvre jaune offrent souvent une physionomie assez différente, je rechercherai dans les autres auteurs ce qu'il y aura de plus important à ce point de vue.

Début. Le début de la fièvre jaune a lieu à peu près indifféremment à toutes les heures du jour, plus rarement la nuit. *Dans les cas graves*, une céphalalgie intense avec des frissons, des tremblements, des douleurs dans les membres, ouvrent la scène. Bientôt après apparaissent la rougeur et la bouffissure de la face, précédées ou accompagnées de douleurs dorsales. Quelquefois ces douleurs sont très vives, ce qui a valu à la maladie le nom de *coup de barre.* M. Dutroulau a signalé, dans quelques cas, des *symptômes précurseurs* consistant dans un certain malaise, de l'abattement et de l'anorexie. Dans les cas légers, les mêmes symptômes indiquent le début, mais ils sont peu intenses, et souvent tellement faibles, que les malades ne sont pas forcés de s'aliter.

Symptômes de la maladie confirmée. — Cas graves. Les frissons peuvent se renouveler pendant un certain temps; le plus souvent ils font place à une *chaleur* qui n'est pas très incommode, et qui est parfois suivie d'une *sueur* variable. Vers les derniers temps de la maladie, chez les sujets qui succombent, il survient un refroidissement des membres plus ou moins marqué.

La *céphalalgie* persiste et ne se dissipe guère que vers le milieu du cours de la maladie; dans les cas où l'invasion est rapide, elle est intense, ordinairement sus-orbitaire, parfois générale,

Bientôt les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, brillants; les malades se plaignent d'y éprouver de la cuisson, des picotements; la *face* est rouge, animée, bouffie; sa couleur, dans l'épidémie observée par M. Dutroulau, se rapprochait de celle de l'acajou clair. Dans quelques cas, la rougeur s'étend jusqu'aux téguments de la partie antérieure de la poitrine. A une époque plus avancée de la maladie, la couleur jaune des téguments se manifeste, mais à des degrés très divers. Chez un certain nombre de sujets, elle est à peine perceptible et bornée au tronc, ou même à la poitrine, endroit où elle commence à apparaître à la suite de la rou-

(1) *Documents recueillis par la commission médicale française envoyée à Gibraltar pour observer la fièvre jaune.* Paris, 1830, 2 vol. in-8.

geur ; chez d'autres, le tronc et les yeux sont jaunes ; chez d'autres enfin, la jaunisse se montre à la face, et même sur tout le corps. Ce symptôme n'est pas constant, même dans les cas graves ; cependant nous verrons plus loin que M. Dutroulau en a toujours trouvé les traces sur les cadavres.

La *langue* est dans quelques cas graves, sèche et d'un gris foncé ; le plus souvent elle est humide, blanche ; parfois elle offre un enduit sale et une teinte violacée (Dutrouleau).

La *soif* est vive, l'*appétit* nul, et, quinze ou vingt heures après le début, se manifestent des symptômes *gastriques* remarquables : ce sont d'abord des *douleurs épigastriques*, qui sont loin de se montrer dans tous les cas, et qui ne sont intenses que chez un petit nombre de sujets. Les *vomissements*, qui ne se montrent pas non plus d'une manière constante, mais qui sont, comme le symptôme précédent, d'autant plus fréquents que la maladie est plus grave, sont d'abord bilieux ou alimentaires ; mais, à une époque plus avancée de la maladie, ils deviennent grisâtres ; ou bien ils sont composés d'une matière brune ou noire qui, tout porte à le croire, est du sang altéré ; ou enfin ils sont formés de sang pur.

Dans les premiers temps, le ventre ne présente d'autre phénomène qu'une légère *constipation ;* plus tard on voit, mais chez un certain nombre de sujets seulement, les *selles* devenir noirâtres, et, dans un bien plus petit nombre de cas encore, se montrer un véritable flux de sang ou une diarrhée bilieuse (Dutroulau). Ce dernier cas est très rare, car M. Louis n'a pas observé la diarrhée, à moins qu'elle ne fût provoquée. Partout ailleurs qu'à la région épigastrique, le ventre reste souple, indolent, bien conformé.

Dans la première partie du cours de l'affection, les *urines* sont facilement émises, et sont seulement un peu rougeâtres ; à une époque avancée, l'urine se supprime dans un petit nombre de cas.

Un des symptômes les plus remarquables est l'*agitation* ordinairement très grande qu'éprouvent les malades ; souvent ils ne savent quelle position garder, et sont en proie à la plus grande anxiété. Plus tard on observe, dans quelques cas, surtout lorsque la maladie doit se terminer par la mort, des spasmes, des soubresauts des tendons, un léger délire. M. Dutroulau a vu quelquefois des *convulsions* générales, avec écume à la bouche, précéder immédiatement la mort. Parfois, au contraire, tous les symptômes nerveux se calment, le malade est tranquille, il y a un mieux trompeur, que, dans certains pays, on appelle le *mieux de la mort.*

La *respiration* est un peu accélérée d'abord, puis, à mesure que la maladie fait des progrès, elle devient anxieuse, et ce symptôme est souvent très marqué peu de temps avant la mort.

Le *pouls* est généralement en rapport avec le degré de chaleur : il est plein, dur dans les premiers temps, mais il n'offre qu'une accélération médiocre. Il donne ordinairement de 80 à 100 pulsations. Quelquefois néanmoins il s'élève au-dessus de ce chiffre, mais faiblement. Cependant dans l'épidémie observée à Cayenne, en 1851, par M. Leconte (1), le pouls variait de 100 à 160 pulsations. Lorsque la maladie fait des progrès vers la mort, le pouls devient mou, dépressible, petit, mais il ne s'accélère pas sensiblement ; parfois il se ralentit, et il reste régulier.

(1) *L'Union médicale*, 29 mars 1851.

M. Dutroulau a noté, dans un certain nombre de cas, des *hémorrhagies* dans 'épaisseur des membres, déjà signalées par d'autres observateurs. Chez un sujet, ;es hémorrhagies ont causé la mort.

Tels sont les symptômes qui se montrent dans les cas graves ; mais, je ne saurais rop le redire, il n'en est aucun qui soit constant ; seulement on peut avancer, l'une manière générale, qu'ils se montrent d'autant plus nombreux et plus violents jue la maladie est plus grave ; encore y a-t-il des exceptions extrêmement remar-juables à cette règle. M. Louis en a cité des exemples frappants. Je n'en rappel-erai qu'un où il n'y eut, comme symptômes un peu graves, que d'assez vives dou-eurs aux mollets et la suppression d'urine, sans nausées, ni vomissements, ni rouble le plus léger de l'intelligence ; et cependant le malade succomba du qua-rième au cinquième jour de l'affection. Ces faits étaient tellement connus à Gi-)raltar, qu'on avait donné un nom particulier à cette terminaison : on disait que es malades *mouraient sur pied.*

A l'occasion de chaque symptôme, j'ai dit quel caractère il prend aux approches le la mort ; voici maintenant, d'après la description de M. Dutroulau (1), com-nent les symptômes s'amendent : « Quand la guérison a lieu, c'est-à-dire quand es vomissements et les déjections noires n'ont pas paru, que les hémorrhagies pas-ives n'ont pas été trop abondantes, vers le sixième ou septième jour, quelquefois ıvant, l'agitation cesse, la peau devient moite et tiède, l'ictère se dissipe, ou, dans juelques cas, au contraire, devient très prononcé et comme critique ; les urines :oulent avec facilité, la langue s'humecte et se nettoie, mais elle peut rester rouge endant longtemps et laisser suinter un peu de sang ; les vomissements et les dé-ections changent de nature et finissent par se supprimer ; la convalescence com-nence. »

Dans quelques cas, la *convalescence* est enrayée par des *parotides* ou par des *bcès* des membres, résultat probable des hémorrhagies dont j'ai parlé plus haut ; nais, même lorsque ces symptômes ne se manifestent pas, il est remarquable que resque toujours la convalescence est lente et n'est nullement en proportion avec a durée de l'affection.

Cas légers. La maladie, dans les cas légers, est remarquable à la fois par le peu le gravité et le petit nombre des symptômes. Les faits de ce genre sont si impor-ants à connaître, et ils ont été si bien décrits par M. Louis (2), que je ne puis nieux faire que de laisser parler cet auteur : « Le plus ordinairement encore, il y vait, dit-il, au début, de la céphalalgie, des frissons suivis d'un peu de chaleur, juelques douleurs dans les membres, de la rougeur à la face et aux yeux. Mais :s douleurs épigastriques étaient rares ; il en était de même des vomissements qui 'avaient presque jamais lieu d'une manière spontanée, et n'offraient, dans aucun as, une teinte brunâtre. La chaleur et la soif étaient très médiocres, les forces si eu diminuées que les malades ne gardaient pas le lit, ou pour très peu de temps, ıne demi-journée, ce qu'ils appelaient *passer la maladie en pied.* C'est dans ce egré de l'affection qu'ils purent tromper la vigilance des inspecteurs de santé,)rsqu'ils étaint prévenus à temps de leur arrivée, s'occupant alors, devant eux,

(1) *Loc. cit.*, p. 22.
(2) *Loc. cit.*, p. 146.

de quelques travaux qui leur étaient familiers, ou jouant de quelques instruments. Plusieurs d'entre eux éprouvèrent à peine un mouvement fébrile de vingt-quatre ou trente-six heures, et furent exempts de toute maladie dans le cours de l'épidémie, bien qu'exposés à toutes les causes qui auraient pu développer la fièvre jaune. »

Et plus loin, M. Louis ajoute : « Ici encore, comme dans les cas dont il a été question plus haut, la durée de la convalescence n'était pas proportionnée à celle de la maladie ; la disproportion était même plus considérable que dans les cas graves. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable : habituellement elle est continue ; dans quelques circonstances, on l'a trouvée rémittente (1). Les médecins qui ont observé la fièvre jaune aux Antilles l'ont vue prendre le caractère intermittent. MM. Rufz et Dutroulau (2) ont observé ce fait à une certaine époque de l'année : c'est de novembre à mai, époque où règnent les fièvres intermittentes ; mais ces deux habiles observateurs n'ont trouvé rien de régulier dans le retour des accès. M. Pugnet a vu la fièvre jaune affecter le type double-tierce ; c'est une observation qui lui est particulière.

On a distingué dans la maladie *trois périodes*, mais il est rare qu'elles soient bien marquées. La *première* est caractérisée par la céphalalgie, les douleurs des membres, de l'épigastre et du dos ; les frissons, la chaleur et la coloration rouge des yeux et de la poitrine. La *seconde* est beaucoup plus vague : elle est caractérisée par l'apparition de la jaunisse et le calme des symptômes précédents. La *troisième* a pour caractères l'ictère plus ou moins intense, les vomissements noirs, les selles noires, les diverses hémorrhagies, la suppression de l'urine.

On voit que, de ces périodes, la deuxième n'est qu'une transition sans caractères tranchés ; aussi plusieurs auteurs, et notamment MM. Louis et Dutroulau, ne tiennent-ils compte que de deux périodes, la première et la troisième de celles que je viens d'indiquer. N'oublions pas aussi que, dans les cas légers et dans certains cas graves d'apparence légère, il n'y a rien qui ressemble à des périodes distinctes. Quelquefois, dans les épidémies de fièvre jaune, comme dans toutes les épidémies, on voit des cas dans lesquels les sujets sont enlevés en quelques heures : c'est la *fièvre jaune foudroyante*. Il est probable néanmoins qu'on a pris souvent pour des cas semblables ces cas latents dans lesquels les malades *meurent sur pied*, pour me servir de l'expression consacrée.

La *durée* de l'affection est assez variable : elle peut ne pas dépasser trois ou quatre jours, quelquefois moins, ou se prolonger au delà du vingtième jour, non compris la convalescence, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, est ordinairement longue.

La *terminaison* de la fièvre jaune est fréquemment funeste, mais la mortalité est très variable suivant les épidémies. Dans celle qu'a observée M. Dutroulau, elle a été d'environ 1 sur 5 ; il est rare qu'elle soit plus forte, et il est ordinaire de la voir notablement moindre. La mortalité, suivant la plupart des auteurs, est plus grande

(1) Dalmas, *Rech. sur la fièvre jaune*. Paris, 1805. — Bailly, *Typhus d'Amérique*. Paris, 1814. — Cailliot, *Traité de la fièvre jaune*. Paris, 1815. — Thomas, *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans*. Paris, 1849, etc., etc.

(2) *Épidémie de 1838 à 1841* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 1045).

au commencement qu'à la fin des épidémies; cependant elle a été la même à toutes les époques dans l'épidémie observée à Gibraltar par M. Louis. Elle est beaucoup moins considérable dans les cas sporadiques.

Les *rechutes* sont généralement peu fréquentes; toutefois il est des circonstances où elles deviennent moins rares. Dans les cas observés par M. Dutroulau, elles ont été notées dix-sept fois, et étaient ordinairement plus graves que la première attaque.

La fièvre jaune n'attaque les sujets qu'une fois: *telle est la règle.* Il y a quelques *exceptions*: M. Dutroulau en cite quatre authentiques sur cinq cents cas. Cette proportion est bien peu considérable, et l'immunité due à une première attaque n'en est pas moins remarquable. Il est fâcheux qu'on ne nous ait pas appris si les *récidives* sont aussi graves que la première atteinte.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus remarquable est sans contredit l'altération de couleur du *foie*. M. Louis a trouvé cet organe de couleur café au lait clair, gomme-gutte, moutarde, orange, olive. M. Dutroulau a toujours rencontré la coloration morbide variant du jaune pâle au jaune safran, et, dans quelques cas, d'un gris clair. M. Rufz a fait les mêmes remarques. Déjà, dans d'autres épidémies, on avait signalé la couleur jaune du foie, mais non avec cette précision. Tout porte à croire que c'est là la lésion anatomique essentielle. Quelques médecins ont prétendu qu'elle n'est pas constante, mais ils n'ont pas donné, comme les auteurs précédents, l'analyse des faits. La cohésion du foie est aussi souvent augmentée que diminuée; rarement cet organe offre une augmentation de volume.

Les autres lésions ne sont pas constantes; cependant nous devons noter que M. Dutroulau a observé toujours, après la mort, la couleur jaune des téguments, alors même que cette couleur n'avait pas été appréciable pendant la vie.

Dans l'estomac et dans les intestins on trouve un liquide qui varie du rouge clair au noirâtre, mais dans les trois quarts des cas seulement. La muqueuse gastro-intestinale présente de nombreuses altérations de consistance, de couleur, d'épaisseur; mais dans quelques cas elle est complétement saine.

Des congestions, des infiltrations ou des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire et dans le parenchyme de certains organes (la peau surtout) chez quelques sujets, la coloration bleu verdâtre de l'albumine précipitée du sang par l'acide nitrique (Dutroulau), la perte de la saveur salée de ce liquide (1), sa diffluence, sont les seules lésions qu'il nous importe encore d'indiquer, tout en faisant remarquer qu'elles sont loin d'être constantes, et que, pour quelques unes, de nouvelles recherches sont nécessaires.

On voit que ces lésions ne nous éclairent que très imparfaitement sur la *nature* de la fièvre jaune, et que nous devons admettre, avec M. Louis, l'existence d'une cause très énergique dont le seul effet constant est l'altération spéciale du foie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si le sujet, après un mouvement fébrile un peu marqué, présente la rougeur

(1) Stevens, *The Lond. med. and phys. Journ.*, janvier 1830.

des yeux et de la peau, puis les douleurs égigastriques, les nausées, les vomissements, l'agitation, et enfin la couleur jaune de la peau, les vomissements noirs, les déjections noires, la suppression des urines, le diagnostic est certain. On ne pourrait, en effet, confondre une pareille affection qu'avec l'*ictère fébrile* et l'*hépatite aiguë*. Mais, dans ces maladies, la couleur jaune se produit presque dès le début, la fièvre est intense, les vomissements sont ordinairement bilieux, les selles décolorées, les urines d'un jaune rougeâtre et bilieuses. Ajoutez à cela la douleur dans la région hépatique et l'augmentation de volume du foie, et l'on voit qu'une erreur n'est pas à craindre.

Mais nous avons vu plus haut que, même dans des cas graves, les principaux symptômes peuvent manquer. Alors le diagnostic ne peut être porté d'une manière précise; on a seulement des présomptions plus ou moins fortes tirées de l'existence d'une épidémie, du séjour du sujet dans un foyer d'infection, etc.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cas légers. Au début d'une épidémie, on doit presque infailliblement les méconnaître, et les seules circonstances dans lesquelles on puisse porter un diagnostic sont exprimées dans le passage suivant, que j'emprunte à M. Louis : « Si l'on venait à observer beaucoup de cas semblables à ceux dont il vient d'être question, en peu de temps, aux mois d'août et de septembre, et dans la latitude où règne la fièvre jaune, si les yeux étaient injectés dès le début, la figure rouge, la céphalalgie intense, l'épigastre un peu sensible à la pression, on devrait vivement soupçonner cette affection, encore qu'il n'y ait pas d'épidémie déclarée; et il n'y aurait pas de doute sur ce point alors même que les symptômes se présenteraient dans le plus faible degré, s'ils venaient à se déclarer chez *tous les membres ou la plus grande partie des membres d'une même famille, au milieu d'une épidémie* et dans un espace de temps peu considérable; car une affection qui a ce caractère n'atteint pas un aussi grand nombre de personnes d'une même famille en si peu de temps, hors le cas d'une épidémie de fièvre jaune. »

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, il faut être extrêmement réservé quand il s'agit de porter le pronostic de la fièvre jaune. Nous avons vu, en effet, que quelques sujets succombent après quelques jours d'un état qu'on peut considérer comme un simple malaise. On ne saurait donc, dans aucun cas, annoncer une guérison certaine; mais il est des symptômes qui rendent le pronostic très fâcheux. Ce sont les vomissements noirs, les déjections noires, les hémorrhagies muqueuses ou interstitielles, la couleur jaune d'une grande partie du corps, la suppression des urines, une agitation extrême, un abattement profond. Lorsqu'on voit, après une vive agitation, survenir un calme notable, il ne faut pas se hâter de regarder les malades comme sauvés; il faut consulter tous les autres symptômes, et se rappeler cette amélioration apparente à laquelle, dans certains pays, on a donné le nom de *mieux de la mort*.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la fièvre jaune contient une multitude de moyens, tour à tour vantés et proscrits, et dont il est bien difficile d'apprécier l'utilité. Un fait très remarquable, c'est que, dans l'épidémie de Gibraltar, la mortalité a été à peu près la même chez les militaires traités par les médecins anglais, et chez les hommes de

la ville, traités tout différemment par les médecins espagnols. Si nous rapprochons ce résultat de la très grande diversité des opinions sur les effets des principaux moyens thérapeutiques, nous sommes porté à conclure que le traitement de la fièvre jaune est bien peu avancé, et que nous ne devons avoir qu'une confiance très limitée dans nos moyens d'action. Passons-les donc rapidement en revue.

Émissions sanguines. Les uns veulent de grandes *saignées*, les autres des saignées modérées; d'autres proscrivent toute émission sanguine. Qui faut-il croire? Bornons-nous à dire que le plus grand nombre est en faveur de la saignée (Lind, Poissonnier, Desperrières, Thomas, etc.). Les *sangsues*, et les *ventouses scarifiées* ne sont mises en usage que pour combattre les symptômes locaux (céphalalgie, douleurs épigastriques).

Les *vomitifs*, les *purgatifs* sont d'un fréquent usage parmi les médecins espagnols. Quelle est leur utilité au début de la maladie? C'est ce qu'on ne peut dire; mais ce que l'on sait bien, c'est qu'ils sont nuisibles après les premiers jours. M. Thomas (1) ne conseille que les simples laxatifs; encore ne les donne-t-il que lorsque l'estomac n'est pas trop affecté.

Les *vésicatoires*, les *moxas* sur l'épigastre, à la nuque, ont procuré quelquefois du soulagement; mais leur effet est très borné, et ils ont l'inconvénient de donner lieu à des plaies qui peuvent se gangrener. On a proposé d'appliquer des vésicatoires pour provoquer l'apparition de la jaunisse; mais y a-t-il avantage à produire cet effet, et le vésicatoire peut-il le produire?

Nous sommes bien obligé de convenir que la médication par les *sudorifiques*, par les *excitants généraux*, les *antispasmodiques*, les *acides*, les *rubéfiants*, les *excitants de la peau*, ne nous offre pas plus de certitude. Je sais bien que beaucoup d'auteurs les ont vantés; je n'ignore pas que Pugnet leur attribuait une très grande influence; mais ce qu'il faudrait pour nous convaincre, ce sont des preuves démontrant que la mortalité est diminuée par eux, et ces preuves nous manquent. Qu'il nous suffise donc de dire qu'on donne *à l'intérieur* le vin, l'eau-de-vie, le rhum, l'éther, le camphre, des acides minéraux, et qu'*à l'extérieur* on pratique des frictions chaudes et sèches, alcooliques, irritantes; on promène des sinapismes sur les membres et le tronc, etc.

Les *lotions*, les *affusions froides* ont été également mises en usage comme traitement général. M. Thomas a vu les vomissements calmés par la *glace* prise à l'intérieur. Les *frictions*, les *embrocations huileuses*; les *frictions avec des tranches de citron*, sont des remèdes populaires, qui n'ont pas été suffisamment expérimentés par les médecins, et qui, selon toutes les apparences, n'ont pas une grande efficacité. Cependant M. Thomas en parle avec avantage. Il recommande aussi les bains tièdes.

La suppression des urines, qu'on observe dans un certain nombre de cas, a donné l'idée d'administrer les *diurétiques*; mais presque tous les médecins disent avoir vu ce moyen échouer complétement.

Toniques. Il est peu d'auteurs qui n'aient recommandé l'emploi des toniques, et en particulier du quinquina et du sulfate de quinine, mais ils les ont recommandés à des titres divers. Les uns, en effet, donnent le *quinquina* uniquement pour combattre l'atonie, et la commission de Barcelone a recommandé de le don-

(1) *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans*, etc. Paris, 1849.

ner aussitôt que possible, et à haute dose; les autres, et principalement les médecins qui ont pratiqué aux Antilles, ont eu pour but de combattre l'intermittence dans un certain nombre de cas. Pour cela ils donnent le *sulfate de quinine* par la bouche, à la dose de 20 centigrammes par heure, suivant M. Dutroulau, et la *décoction de quinquina en lavements* (décoction de 8 grammes d'écorce, à laquelle on peut ajouter 50 ou 60 centigrammes de sulfate de quinine, Rufz). Par ce moyen, Souty, MM. Dutroulau et Rufz (1) ont obtenu maintes fois des guérisons rapides.

Je ne pousserai pas plus loin cette revue des moyens opposés à la fièvre jaune; je ne pourrais citer que de prétendus spécifiques ou des médicaments dont l'utilité n'est pas appuyée sur des preuves suffisantes. Il vaut mieux faire connaître le traitement qu'a proposé M. Louis, d'après une étude attentive des symptômes.

TRAITEMENT PROPOSÉ PAR M. LOUIS.

1° *Traitement dans les cas graves.* Au début, *saignée générale* de 3 à 500 grammes, suivant l'intensité de la fièvre; ne la répéter que si cette intensité est extraordinaire, et cela seulement dans les premières vingt-quatre heures; plus tard, elle serait nuisible, selon toutes les apparences.

Boissons fraîches, acidulées, ou simplement adoucissantes. En donner deux ou trois litres par jour, à moins qu'elles n'excitent le vomissement.

Lavements émollients deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; applications émollientes sur l'abdomen.

Dans les cas de vomissements fréquents et de douleurs épigastriques violentes, *sangsues* ou *ventouses scarifiées* à l'épigastre, si le mouvement fébrile reste intense; s'en abstenir dans le cas contraire.

Contre les vomissements noirs, *astringents* par la bouche et par l'anus, mais plus particulièrement de cette dernière manière (lavements astringents froids), à cause de l'état d'intégrité de l'intestin.

Préparations opiacées à dose modérée.

Dans la première période, *peut-être*, les bains froids et les affusions froides; dans la seconde, les bains chauds, les bains de vapeur.

2° *Traitement des cas légers.* « Quant aux cas légers, dit M. Louis, dans lesquels le mouvement fébrile est médiocre, la céphalalgie peu intense, la chaleur un peu supérieure seulement à ce qu'elle est dans l'état normal, les boissons rafraîchissantes et des lavements émollients me paraissent les seuls moyens qu'il soit nécessaire d'employer, l'affection, sous cette forme, tendant naturellement à une terminaison heureuse. Je n'apporterai pas à l'appui de cette proposition les faits que j'ai recueillis; je dirai seulement qu'ayant donné des soins à deux personnes d'une constitution plus faible que forte, dans la force de l'âge, dont les symptômes fébriles furent légers et ne persistèrent pas au delà de trois jours, je n'employai que les moyens qui viennent d'être indiqués, à part un bain au début, dans un cas, et un peu d'huile de ricin dans l'autre, au commencement de la convalescence, pour vaincre la constipation.

» Bien, comme il a été dit plus haut, que la convalescence n'exige pas de soins particuliers, n'offre pas d'indications spéciales à remplir, je rappellerai que l'in-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VII, p. 1045.

lammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ordinairement peu grave chez es sujets qui succombent, l'est bien moins encore, à en juger par les symptômes, chez ceux qui guérissent; que cette gastrite est secondaire; que j'en ai toujours vu es traces disparaître promptement : de manière qu'il ne faut pas tenir les malades à une diète sévère trop longtemps. On pourrait même, à l'exemple des médecins espagnols dont j'ai parlé, si la faiblesse se prolongeait ou était considérable dans la convalescence, sans symptômes gastriques, donner de légers toniques, une infusion de quinquina, ou une potion gommeuse avec 20 ou 25 centigrammes d'extrait sec de ce médicament. »

Ce traitement n'a pas besoin d'être résumé.

ARTICLE VIII.

PESTE.

Quoique la peste ait existé dans la plus haute antiquité, il faut arriver au XVIII[e] siècle pour avoir une histoire un peu satisfaisante de cette maladie. C'est, en effet, à l'occasion de l'épidémie de Marseille (1720) que les premières descriptions importantes ont été publiées (1). Je ne donnerai pas un résumé historique des travaux que nous avons sur ce sujet important; je dirai seulement que les écrits publiés dans ces dernières années, et dont Prus a fait connaître les points capitaux dans son remarquable Rapport sur la peste (2), ont laissé bien loin tout ce qui avait été dit sur cette maladie. Ce sont ces travaux que je consulterai particulièrement.

§ I. — Définition, synonymie.

La peste est une maladie générale, fébrile, contagieuse, remarquable par les troubles nerveux, par l'état du sang, et ordinairement caractérisée à l'extérieur par les bubons, des charbons, des pétéchies. Je ne défendrai pas ici cette définition, qui se rapproche beaucoup de celle qu'a adoptée la commission académique (3). Son exactitude sera démontrée par la description qui va suivre.

Cette maladie a été généralement désignée sous les noms de *peste*, *pestis*, *pestilentia;* on lui a encore donné ceux de *typhus d'Orient*, *typhus d'Afrique*, *fièvre adéno-méningée*, etc.

§ II. — Causes.

Avant d'indiquer ce que divers auteurs ont avancé sur l'étiologie de la peste, je présenterai les conclusions suivantes du rapport fait à l'Académie, travail que je me plais à citer, parce qu'il est le résumé des recherches les mieux faites soumises à une saine critique :

« I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, dit le Rapport (4), les *contrées où la peste naît* encore sont, en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

(1) Voy. Senac, *Traité des causes, des accidents et de la cure de la peste*. Paris, 1744, in-4. — *Pièces historiques sur la peste de Marseille et d'une partie de la Provence en* 1720, 1721, 1722. Marseille, 1820, 2 vol. in-8.

(2) *Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines*, fait au nom d'une commission, par le docteur Prus, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion dans le sein de l'Académie. Paris, 1846, in-8.

(3) *Loc. cit.*, p. 11.

(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 141.



» Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus à redouter pour l'Algérie.

» II. Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater : l'*habitation sur des terrains d'alluvion* ou *sur des terrains marécageux ;* un *air chaud et humide ;* des *maisons basses, mal aérées, encombrées ;* l'*accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ;* une *alimentation insuffisante et malsaine ;* une grande *misère physique et morale ;* la *négligence des lois de l'hygiène* publique et privée.

» III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

» *La peste épidémique est transmissible*, soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

» IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés, peuvent créer des foyers d'*infection pestilentielle.*

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

» De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle, que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

Telles sont les seules données étiologiques un peu certaines que nous possédions. Quand j'aurai ajouté que la peste sévit principalement sur *les nègres*, que les *émotions morales* (frayeur, tristesse, etc.) favorisent sa production, suivant la plupart des auteurs, qu'il en est de même des *grandes fatigues* et des *excès*, j'aurai fait connaître tout ce qu'il importe de savoir ; car, sur l'influence de l'âge, du tempérament, etc., nous n'avons rien de positif.

§ III. — Incubation.

La durée de l'incubation de la peste paraît, au premier abord, peu importante, et cependant c'est à elle que se rattachent peut-être les plus grandes questions, ainsi que l'a démontré M. Aubert-Roche dans plusieurs écrits qui ont été l'origine des discussions récentes, et qui ont conduit l'Académie à proposer de grandes mesures sanitaires et commerciales (1). Cet auteur a, en effet, démontré, par de nombreuses recherches dont la commission académique a reconnu l'exactitude, que, « en dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée, chez les personnes compromises, plus de huit jours après un isolement parfait (2). » Il en résulte que la durée de l'incubation, dans les circonstances indiquées, ne dépasse pas huit jours, ce que j'aurai à rappeler quand je m'occuperai de la *prophylaxie* de la peste.

(1) Voy. *De la peste ou typhus d'Orient*. Paris, 1840. — *De la prophyl. gén. de la peste.* Paris, 1843. — *De la réforme des quarantaines*, etc. Paris, 1844. — *Annales d'hygiène*, 1845, t. XXXIII, p. 241.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XI, p. 1188.

§ IV. — Symptômes.

Quelque mérite que présentent les travaux des médecins qui ont pu observer la peste, nous devons reconnaître que toutes les recherches manquent de cette précision, de cette rigueur qu'on a apportées dans l'étude de la fièvre typhoïde et de la fièvre jaune. Aussi sommes-nous forcé de nous en tenir à une description générale un peu vague.

Début. La peste débute de deux manières très différentes qui ont été parfaitement décrites par M. Gosse (1). Tantôt, en effet, l'affection commence par des accidents locaux, suivis plus ou moins promptement des symptômes généraux ; tantôt elle se montre tout d'abord avec les caractères d'une affection générale.

Dans le premier cas, voici ce qu'on observe : On voit apparaître sur les diverses parties du corps, mais plus particulièrement sur les parties découvertes, une *ou plusieurs petites taches* semblables aux piqûres de puce, parfois cuisantes et brûlantes. Bientôt la tache s'agrandit, présente un diamètre de trois ou quatre lignes, devient violacée, se couvre de vésicules ou de phlyctènes. Sa base est dure. Plus tard, le centre de la tache noircit, et les parties qui l'environnent rougissent ; elle s'accroît toujours jusqu'au diamètre de 3 ou 4 centimètres. Alors il survient des *symptômes fébriles* qui peuvent être assez légers, et si l'escarre formée par la tache se sépare et se détache, le malade ne tarde pas à guérir sans qu'il survienne de bubons ou d'autres accidents. Les taches que je viens de décrire ont reçu le nom de *charbons*.

Dans un certain nombre de cas, la maladie ne se borne pas à ces symptômes. Il survient, en effet, des *bubons* dont je donnerai plus loin une description détaillée et qui correspondent aux points où se sont développées les taches, c'est-à-dire aux aines, si les charbons sont aux membres inférieurs et aux parties génitales ; aux aisselles, s'ils occupent les bras, la poitrine, etc. Les symptômes généraux deviennent alors plus violents, la fièvre est considérable, l'abattement marqué ; mais, si les bubons suppurent franchement, la maladie peut encore se terminer, comme le ferait une inflammation locale, avec une assez vive réaction. Si, au contraire, les bubons se développent lentement et tardent à suppurer, les symptômes généraux deviennent de plus en plus intenses, et l'on observe alors l'état dans lequel se trouvent les malades chez lesquels l'affection se déclare d'abord avec des phénomènes généraux notables : c'est la seconde forme de la maladie que je vais décrire.

Dans le second cas, les malades éprouvent tout d'abord un très grand abattement, une *lassitude générale;* un grand nombre ont des *frissons* ou une sensibilité marquée au froid ; ils se plaignent d'une *céphalalgie* ordinairement frontale, parfois très aiguë, de *bourdonnements d'oreille*, de *vertiges*, d'*étourdissements.* Quand la maladie est intense, ils chancellent sur leurs jambes comme des hommes ivres. Quelques uns comparent cet état au mal de mer.

Il y a en même temps une *anxiété* ordinairement vive, de l'inquiétude, de la tristesse, de la frayeur.

La *face* est abattue et anxieuse, les traits étirés. Les *yeux* sont rouges et hagards.

Du côté des *voies digestives* se remarquent les symptômes suivants : *langue*

(1) *Relation de la peste qui a régné en Grèce en* 1827 *et* 1828. Paris, 1838.

blanche, comme nacrée, ou bien d'un blanc jaunâtre; il y a *anorexie* complète, *soif* plus ou moins vive; parfois des douleurs plus ou moins aiguës à l'épigastre; plus souvent des vomissements bilieux ou non, et pénibles; dans quelques cas seulement, des douleurs de *ventre* et une diarrhée plus ou moins abondante.

La *respiration* est ordinairement anxieuse et accélérée; la chaleur de la *peau* est élevée, sèche, quelquefois âcre. Le *pouls* est généralement petit, faible, serré, toujours fréquent. Bulard (1) a noté que le *sang* obtenu par la saignée ne présente jamais de couenne.

Tous ces symptômes peuvent acquérir le plus haut degré d'intensité, et les malades succomber sans qu'on voie apparaître les phénomènes locaux principaux, qui sont les charbons, les bubons et les pétéchies, et sans qu'on note autre chose que des *douleurs* dans les lombes, les aines et les aisselles; mais il est plus ordinaire de voir se produire les symptômes que je vais décrire.

Les *charbons* se développent ainsi que je l'ai indiqué plus haut; quelquefois ils forment des tumeurs considérables. On a voulu distinguer du charbon une autre tumeur qu'on a appelée *anthrax pestilentiel;* mais, d'après les meilleures descriptions, cette distinction est trop subtile. La lésion est la même; seulement, dans certains cas, la mortification est plus complète et plus rapide que dans d'autres.

Bubons. On voit aux aines, dans les aisselles, plus rarement dans les régions cervicale et parotidienne, et plus rarement encore dans le creux du jarret, se former des tumeurs plus ou moins bien arrondies, quelquefois bosselées, sur lesquelles la peau est d'un rouge plus ou moins vif, parfois violacé, parfois aussi sans changement de couleur. Le plus souvent ces tumeurs sont précédées et accompagnées de douleurs assez aiguës. Leur volume ordinaire est égal à celui d'un œuf de pigeon; quelquefois il est beaucoup plus ou beaucoup moins considérable. Au bout d'un temps variable, ces bubons tendent à s'abcéder; quelquefois cependant ils restent stationnaires. On les voit, dans quelques cas, se montrer et disparaître en très peu de temps, comme par délitescence. La suppuration est tantôt de bonne nature et tantôt sanieuse. M. Gosse a remarqué que, lorsqu'elle se produit lentement, la maladie tend à la guérison.

Pétéchies. Les pétéchies sont presque toujours violettes ou noirâtres. Elles ont de 2 à 5 millimètres de diamètre, ne disparaissent pas sous la pression du doigt, et sont tantôt en nombre très limité, tantôt tellement nombreuses, qu'elles sont presque confluentes.

C'est lorsque les symptômes locaux se montrent que les *symptômes généraux* acquièrent ordinairement le plus haut degré de violence, et si la maladie tend à se terminer par la mort, on voit survenir un mouvement fébrile intense : accélération considérable du pouls, chaleur âcre et sèche, face animée, anxieuse; yeux brillants; ouïe difficile, rêvasseries, délire; puis langue sèche, noirâtre, tremblante; quelquefois diarrhée; respiration gênée; abattement profond, soubresauts des tendons, sueur visqueuse; symptômes qui annoncent ordinairement une mort prochaine.

(1) *Mémoire sur la peste.* Paris, 1839.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la peste est aiguë et parfois extrêmement rapide. Dans les grandes épidémies, on a vu des sujets succomber en un jour. En général, néanmoins, la maladie a une marche plus lente. Suivant Clot-Bey, les symptômes généraux du début pourraient exister seuls, et la maladie se terminer ainsi en un ou deux jours sans avoir donné lieu à des accidents graves. Samoïlowitz (1) avait déjà cité des faits de ce genre. Nous aurions, en pareil cas, quelque chose d'analogue à ce que nous avons noté dans la fièvre jaune ; mais il y a tant de causes d'erreur, et, dans les épidémies, on a une telle tendance à voir partout la maladie régnante, que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

La *durée* de la maladie est de vingt-quatre heures à un ou deux septénaires : terme moyen, cinq ou six jours. La *terminaison* par la mort est la plus fréquente, surtout au plus fort des épidémies. Dans les cas de guérison, la convalescence est toujours longue, souvent pénible. Quelquefois l'intelligence reste très affaiblie ; on a vu des sujets être paralysés d'un ou de plusieurs membres, ou être privés d'un sens.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Je me borne à les indiquer. L'apparence extérieure ne présente rien de bien remarquable. On voit des taches violacées plus ou moins larges sur les parties déclives. On trouve assez souvent du sang épanché dans les diverses cavités séreuses ou dans le tissu cellulaire. Les pétéchies se retrouvent après la mort ; parfois il y a de larges ecchymoses ; on en a vu sur les organes internes.

Le sang reste liquide, sans séparation d'aucun caillot.

Rien dans les organes de la digestion qui mérite d'être noté. Le foie est assez souvent augmenté de volume et ramolli, ainsi que la rate.

Le système lymphatique présente des lésions alors même qu'il n'y a pas eu, pendant la vie, de véritables bubons. Les ganglions sont çà et là un peu tuméfiés et un peu ramollis, de couleur rougeâtre, et parfois ils présentent quelques petits foyers de suppuration.

M. Aubert-Roche a trouvé quelquefois les ganglions nerveux semi-lunaires et thoraciques rouges et volumineux, ce qui, joint aux troubles nerveux observés au début de la maladie, lui a fait placer le siége de la maladie dans les ganglions du grand sympathique ; mais cette manière de voir aurait besoin d'être appuyée sur des preuves plus convaincantes.

Les lésions que je viens d'énumérer, et à plus forte raison, celles qui n'ont été observées que rarement par quelques auteurs, n'ont, on le voit, rien de caractéristique.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Tous les auteurs conviennent qu'il est inutile de tracer le diagnostic différentiel de la peste. Lorsque les principaux symptômes que je viens d'énumérer existent, on ne peut confondre cette maladie avec aucune autre. Ainsi, qu'une fièvre grave, sévissant chez un assez grand nombre de sujets à la fois, s'accompagne de charbons et de bubons : c'est la peste. Cependant on peut consulter, dans l'article que j'ai

(1) *De la peste orientale*, etc. Paris, 1782.

consacré à la fièvre typhoïde, le diagnostic établi par Prus entre cette affection et celle dont il s'agit ici. Mais on a vu des médecins hésiter au commencement des épidémies, méconnaître la peste, ou, au contraire prendre pour elle une autre maladie épidémique. Je crois que, avec les documents que nous avons aujourd'hui, une semblable erreur est peu à craindre. Quant aux cas très légers et sans symptômes locaux, dont j'ai parlé plus haut, ce n'est que dans le cours d'une épidémie dont la nature est bien reconnue qu'on les voit apparaître et qu'on peut en établir la diagnostic.

Pronostic. Je n'ai pas besoin de dire que, considéré d'une manière générale, le pronostic de la peste est des plus graves. La grande violence des symptômes généraux, la multiplicité des charbons et des bubons, l'ataxie, l'adynamie extrêmes, sont les signes les plus fâcheux.

§ VIII. — Traitement.

Que dire du traitement de la peste? Quel est le moyen, parmi tous ceux qu'on a préconisés, qui peut inspirer la confiance? Il est bien difficile de répondre à ces questions d'une manière satisfaisante. Nous trouvons partout des assertions, des preuves nulle part. Aussi, en attendant que des recherches plus précises soient venues nous éclairer, devons-nous nous borner à une simple énumération des principales médications mises en usage.

1° *Traitement curatif.* En général, on recommande les *émissions sanguines*, et principalement la saignée générale; mais, tandis que les uns veulent des saignées abondantes, les autres ne veulent que des saignées modérées. Ceux-ci sont en plus grand nombre.

Les *vomitifs* au début de l'affection, rarement les *purgatifs* seuls; l'*opium*, le *calomel* à l'intérieur et en frictions; le *phosphore* ont été mis en usage, sans qu'on puisse avoir la moindre idée de leur action bonne ou mauvaise.

L'*eau froide* à l'extérieur et à l'intérieur, la *glace* ont été également employées, mais sans que nous ayons de meilleurs renseignements à leur égard.

Le *sulfate de quinine*, le *quinquina* à faible ou à haute dose ont été naturellement employés par les médecins qui voyaient la maladie se développer dans des lieux marécageux. Mais leur action, comme fébrifuges, a paru nulle; et comme toniques, on ne peut pas dire quel est leur degré d'efficacité.

M. Aubert-Roche a prescrit le *haschisch* (extrait de chanvre d'Égypte), et il est convaincu d'en avoir obtenu de bons effets dans sept cas graves. Cet essai ne paraît pas avoir été renouvelé; il mérite de l'être.

Les *bubons* doivent être traités de manière à favoriser la suppuration; il faut les ouvrir dès que la fluctuation est établie. Il faut se contenter de panser les *charbons* avec le vin aromatique et la poudre de quinquina ou le cérat saturné. Leur cautérisation est inutile.

Je n'en dis pas davantage, parce que, je le répète, je n'aurais, dans l'état actuel de la science, que des assertions vagues à répéter.

2° *Traitement prophylactique.* L'*isolement* est le seul moyen préservatif efficace pour les individus. Relativement aux contrées où règne la peste, il est un bon nombre de mesures qui peuvent empêcher le fléau de se produire. C'est ce qu'ont

émontré Pariset (1), M. Aubert-Roche, les membres de la commission académique et beaucoup d'autres observateurs.

L'Égypte, à l'époque où elle était le centre de la civilisation, était le pays le plus sain du monde ; il faudrait, pour détruire le foyer d'infection qu'elle a dans son sein, dessécher les marais, mieux distribuer les eaux du Nil, rendre les habitations des fellahs plus saines, en un mot replacer ce pays dans ses premières conditions hygiéniques. Des mesures semblables sont applicables aux autres contrées où naît la peste. Quant à la question des quarantaines, c'est une question de commerce international et d'hygiène publique que je n'ai pas à traiter ici. On trouvera sur ce point les détails les plus intéressants dans le remarquable Rapport de Prus.

Le traitement que je viens d'indiquer d'une manière si générale n'a pas besoin d'être résumé.

ARTICLE IX.

FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

La fièvre intermittente est une des affections les plus importantes que le médecin ait à étudier. Elle règne, en effet, endémiquement dans certaines contrées où elle exerce de grands ravages, et il n'est pas de localité où elle ne se montre parfois avec des caractères très graves.

La fièvre intermittente a dû fixer l'attention des médecins dès la plus haute antiquité ; cependant il y a beaucoup de vague dans les passages d'Hippocrate que l'on peut rapporter aux diverses variétés de cette maladie. Celse et Galien donnent des descriptions meilleures, et ce point de pathologie a fait après eux des progrès continuels ; mais il faut arriver à Morton (2) et à Torti (3) pour avoir une bonne description de la maladie dans ses variétés les plus malignes, et aussi du traitement qui lui convient. Après eux, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur les fièvres intermittentes. Dans ces dernières années, les recherches les plus intéressantes sont dues à MM. Nepple (4), Bailly, Maillot (5), Espanet (6), et quelques autres auteurs que je mentionnerai plus loin.

Pour bien étudier la fièvre intermittente, il faut passer successivement en revue la *fièvre intermittente simple ou régulière*, les *fièvres pernicieuses*, la *fièvre rémittente*, la *fièvre pseudo-continue*, les *fièvres larvées*.

Dans les descriptions qui vont suivre, je m'efforcerai surtout de simplifier l'histoire de la fièvre intermittente, que la multiplicité des divisions a rendue très compliquée ; c'est pourquoi je ne m'attacherai qu'aux détails les plus importants, me bornant à signaler seulement la multitude des distinctions scolastiques.

(1) *Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire*. Paris, 1837.
(2) *Opera medica ; Pyret*. Lugd., 1737.
(3) *Therap. spec. ad. febres periodicas perniciosas*, nova editio. Leodi, 1821, 2 vol.
(4) *Essai sur les fièvres intermittentes*, etc. Paris, 1828.
(5) *Rech. sur les fièvres intermit. du nord de l'Afrique*. Paris, 1835. — *Traité des fièvres intermit., d'après des obs. recueillies en France, en Corse et en Afrique*. Paris, 1836.
(6) *Des maladies endémiques de l'Algérie* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre, octobre et novembre 1849).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre intermittente simple est une fièvre essentielle caractérisée par des accès dans lesquels un mouvement fébrile à marche particulière se montre avec une plus ou moins grande violence, et qui sont séparés les uns des autres par des intervalles où l'apyrexie est complète. Cette fièvre intermittente est le type qu'il importe principalement d'étudier, parce que, pour tracer la description des autres espèces, il suffira ensuite de dire en quoi elles diffèrent de celle-là.

On a décrit cette affection sous les noms de *fièvre d'accès*, *fièvre paludéenne*, *paludique*, *fièvre des marais*, *périodique*, etc. Sa grande fréquence, surtout dans certaines localités, est bien connue de tout le monde.

§ II. — Causes.

Il y aura probablement toujours quelque chose qui sera inexplicable dans la production de la fièvre intermittente; mais nous connaissons les circonstances capitales dans lesquelles se développe la maladie, et ce sont ces circonstances qu'il s'agit d'exposer.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des documents très peu précis sur les causes prédisposantes. Tout ce que nous savons, c'est que cette maladie attaque tous les *âges*, tous les *sexes*, toutes les *constitutions*. Trop de faits parlent contre l'antagonisme entre la fièvre typhoïde, la phthisie et la fièvre intermittente pour qu'on puisse partager l'opinion de M. Boudin sur ce point.

C'est principalement au printemps et à l'automne qu'on voit apparaître les fièvres intermittentes. Les premières (*vernales*), sont en général plus bénignes que les dernières (*automnales*). Les sujets affectés antérieurement de fièvre intermittente sont beaucoup plus exposés que les autres à contracter cette maladie, et assez souvent chez eux elle se développe spontanément.

On admet que les *excès* de tout genre, les *chagrins*, les *émotions morales* pénibles, prédisposent à la fièvre intermittente; mais les recherches sur ce point manquent de précision.

2° Causes occasionnelles.

La première, sans contredit, de toutes ces causes, est l'*influence miasmatique des marais*. On a admis qu'il se dégage des marais des exhalaisons auxquelles on donne le nom de *miasmes* ou d'*effluves miasmatiques*, exhalaisons qui produisent la fièvre. Ces exhalaisons n'ont pu être démontrées directement; on les attribue à la putréfaction particulière des matières végétales dans les marécages.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le séjour à une certaine distance d'un marais, d'un étang vidé, des endroits où l'on fait rouir le chanvre, de toute eau stagnante, et dans laquelle la putréfaction végétale a lieu, occasionne d'une manière évidente la fièvre intermittente.

Les conditions dans lesquelles cette cause agit le plus puissamment sont l'exposition à l'air marécageux sans aucun intermédiaire, tel qu'une colline, un bois, etc.,

le séjour ou le passage dans cet air la nuit, la situation sous le vent des marais, en un mot toutes les conditions qui exposent directement aux effluves miasmatiques.

C'est surtout dans les *pays chauds*, marécageux et humides, que se produisent le plus facilement les fièvres intermittentes.

On a cité des cas de fièvre intermittente dans des pays secs et arides; mais ces cas sont rares et exceptionnels. D'un autre côté, on a admis la possibilité de l'action exclusive de l'*humidité*. Il est certain que la fièvre intermittente est assez fréquente dans des localités qui n'ont d'autre particularité, pour expliquer sa production, que d'être traversées par un cours d'eau, sans aucun marécage; mais on peut admettre que, à certaines époques de l'année, où les eaux deviennent basses, les bords des rivières prennent, jusqu'à un certain point, les caractères des marais.

D'un autre côté, il n'est pas douteux que des fièvres intermittentes se développent dans des lieux où l'on ne peut en accuser ni les cours d'eau ni les marais. Il arrive quelquefois alors qu'on trouve dans les lieux avoisinants, des flaques d'eau stagnante, des matières végétales en putréfaction, du bois humide, etc., et ces circonstances peuvent encore paraître la cause de la maladie; mais il est des cas aussi où l'on ne trouve rien de semblable.

Une explication ingénieuse et très plausible d'un bon nombre de faits a été donnée par M. Bérenguier, de Rabastens (1). Ce médecin attribue la fièvre à des *émanations telluriques* d'une nature analogue aux émanations marécageuses, *qui se dégagent des terrains cultivés*, dans lesquels des matières végétales sont en putréfaction, et qui sont exposés à être alternativement secs et humides. C'est surtout dans les terrains argileux que ces conditions se présentent. Or la fièvre intermittente peut être endémique dans les contrées où le terrain est de cette nature, ainsi qu'on l'observe à Rabastens, où pratique l'auteur, et cela, sans qu'il y ait le moindre marais dans le pays.

Les fièvres intermittentes qui se produisent ainsi, en dehors de l'influence marécageuse, sont généralement bénignes; mais il en est quelques unes d'intenses; pour ma part, j'ai vu une fièvre pernicieuse chez un sujet habitant auprès du jardin du Luxembourg, et qui n'avait jamais eu d'accès de fièvre et n'avait jamais séjourné dans un pays marécageux.

M. le docteur Ebrard (2), qui a étudié avec soin la fièvre intermittente *chez les enfants*, a cité des faits qui tendent à prouver que *cette fièvre peut se transmettre de la nourrice à l'enfant.*

Il survient parfois des accès de fièvre intermittente chez des sujets affectés d'une autre maladie, ou qui sont soumis à certaines opérations. C'est là la *fièvre intermittente symptomatique* que j'indique ici parce que, bien que se produisant sous l'influence d'autres états morbides, elle conserve ordinairement un remarquable caractère de simplicité. Chez les *phthisiques*, on observe parfois de véritables accès périodiques, et la même observation a été faite, quoique beaucoup plus rarement, dans d'autres affections chroniques. Mais c'est surtout dans les opérations faites sur les voies urinaires (*cathétérisme*, *lithotritie*) que l'on voit apparaître des accès

(1) *Topographie physique, statistique et médicale du canton de Rabastens* (*Tarn*). Toulouse, 1850.

(2) *De la fièvre intermittente chez les enfants*, etc. (*Union méd.*, 8 et 13 janvier 1848.)

intermittents. On a dit que ces fièvres ne peuvent pas être rapprochées des fièvres intermittentes produites par les effluves marécageux, parce qu'elles ne cèdent pas au quinquina; mais c'est une erreur : chez les phthisiques, par exemple, nous voyons des accès fébriles périodes être parfaitement coupés par le sulfate de quinine.

Le docteur E. Cazenave (1) cite quatre observations de *manie aiguë*, qui se sont terminées par des accès de fièvre intermittente.

3° Conditions organiques; causes de l'intermittence.

Dès la plus haute antiquité, on a remarqué l'*intumescence* de la rate dans la fièvre intermittente. On la trouve indiquée dans les écrits d'Hippocrate. Ceux qui, dans les siècles derniers, en ont fait spécialement mention sont Fernel, Baillou, Lancisi, Hoffmann, Morgagni, Senac, Lieutaud, etc.; mais c'est seulement il y a quarante ans qu'on a donné une très grande importance à cet état de la rate. M. Audouard (2) attribua le premier à la congestion sanguine de la rate les accès périodiques de la fièvre intermittente, et depuis, en 1812, 1823 et 1847 (3), il a développé cette théorie. Pour lui, la cause de la fièvre intermittente est dans l'altération du sang produite par l'influence marécageuse ; mais la cause déterminante des accès est l'intumescence de la rate. Aussi a-t-il donné aux fièvres intermittentes le nom de *spléniques*.

Plus tard M. Piorry (4) a repris ces idées et cherché à établir que la congestion de la rate est la lésion essentielle de la fièvre intermittente, et que la maladie se produit sous son influence.

Récemment, M. Durand, de Lunel (5), a non seulement défendu cette opinion, mais expliqué par l'afflux du sang pendant la nuit vers la rate, l'apyrexie, et par le transport de ce sang corrompu dans le torrent circulatoire pendant la chaleur du jour, les accès de fièvre. Il a, en effet, noté, dans un grand nombre de cas, l'augmentation de la rate le matin et sa grande diminution dans la journée.

D'un autre côté, MM. les docteurs Félix Jacquot et E. Sonrier (6) ont cité des faits qui prouvent que l'*engorgement de la rate est une conséquence des fièvres paludéennes, et n'est pas la cause des accès*; et M. le docteur Lachaise (7), ayant examiné plus de 500 malades atteints de la fièvre en Sologne, s'est convaincu que le gonflement de la rate n'est pas le point de départ de la fièvre intermittente.

Enfin M. le docteur Rochard (8), qui a observé à Madagascar, a pu voir chez 22 malades, qui succombèrent rapidement sans avoir pris de sulfate de quinine, la

(1) *Union médicale*, 20 janvier 1852.
(2) *Ann. de la Soc. méd. prat.*, 1808.
(3) *De la périod. des fièvres interm. et des causes qui la produisent*. Paris, 1847. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 278 et suiv.
(4) *Mém. sur l'état de la rate dans les fièvres interm.* (*Gaz. méd.*, 1833). — *Traité de méd. prat.* Paris, 1845, t. VI.
(5) *Nouv théor. des fièvres interm.* (*Gaz. méd.*, 1847).
(6) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 juillet 1848, t. XIII, p. 1170.
(7) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 345, 1850.
(8) *Union méd.*, 10 février 1852.

rate parfois diminuée ; dans quelques cas à son volume normal, et dans un cas réduite à la grosseur d'un marron.

Je ne peux pas entrer ici dans une longue discussion à cet égard. Je dirai seulement que, de l'aveu même des auteurs qui accordent une aussi grande importance à l'intumescence de la rate, cette intumescence n'est pas constante. Or peut-on regarder une lésion comme essentielle quand elle n'est pas constante ? En second lieu, j'ai cité des faits (1) qui prouvent que l'on peut couper complétement la fièvre intermittente sans que le gonflement de la rate présente la moindre diminution. Enfin, pour ce qui concerne la théorie de M. Durand, je dirai que, ayant examiné des malades le matin et dans la journée, je n'ai pas trouvé de différence sensible dans le volume de l'organe. Les variations observées par cet auteur ne sont donc pas constantes. De tout cela il faut conclure que l'intumescence de la rate, qui est un fait très remarquable dans la fièvre intermittente, ne peut pas néanmoins être considérée comme la condition organique essentielle de la production de cette fièvre, mais seulement comme une conséquence des accès.

On vient de voir que l'explication de l'intermittence donnée par M. Durand ne peut s'appliquer à tous les cas. Faut-il maintenant entrer dans de grands détails sur les explications données par les autres auteurs ? Je ne le pense pas. La concentration du sang vers les viscères, pendant l'apyrexie, devenant plus grande pendant le frisson, puis son expansion dans le stade de chaleur, sont des faits contestables, et qui, d'ailleurs, n'expliquent rien. Le passage de la station horizontale à la station verticale, lorsque les malades se lèvent le matin, n'a pas plus de valeur. Je ne multiplie pas ces citations, parce qu'aujourd'hui tout le monde reconnaît que ce retour périodique des accès est un phénomène inexpliqué et peut-être pour toujours inexplicable.

§ III. — Symptômes.

Presque toujours la fièvre intermittente débute brusquement sans symptômes précurseurs. Dans quelques cas, l'invasion de l'accès est précédée d'une céphalalgie ordinairement médiocre, de pandiculations, de malaise, d'un peu de somnolence, d'abattement, etc.

Accès. L'accès, lorsqu'il est complet et régulier, se divise en trois périodes distinctes auxquelles on a donné le nom de *stades*. Le premier est le stade de froid; le second, le stade de la chaleur ; le troisième, le stade de sueur.

1° *Stade de froid.* Dans le plus grand nombre des cas, il y a un véritable *frisson*, qui, commençant ordinairement dans les lombes et parcourant la colonne vertébrale, se porte ensuite vers les membres dont les extrémités éprouvent une sensation de froid plus ou moins vive. Dans quelques cas, ce frisson est tellement intense, que les dents claquent, et que les membres et le tronc sont agités de secousses rapides qui ébranlent le lit ou le siége sur lequel repose le malade. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a que quelques *horripilations*.

Pendant le frisson, les *extrémités* deviennent froides, pâles ou même légèrement bleuâtres. Il en est de même de la face. Le froid est surtout sensible au nez et aux oreilles.

(1) *De l'action immédiate du sulfate de quinine*, etc. (*Union méd.*, août 1847).

Dans les cas les plus intenses, la *face* est plombée, les yeux sont caves et cernés, le regard fixe.

La *peau* du tronc et des membres présente cet état qu'on a nommé *chair de poule*, et qui résulte de la rigidité des papilles.

Quelquefois le froid qu'éprouve le malade est si grand, qu'il rapproche les membres du tronc et se pelotonne sous les couvertures pour se réchauffer. Dans quelques cas, une seule partie du corps éprouve cette sensation de froid; ce sont souvent les lombes, parfois les extrémités. Les cas de ce genre sont assez rares.

La sensation de froid éprouvée par le malade est ordinairement vive; mais les expériences de de Haen, et récemment celles de M. Gavarret (1), prouvent que cette sensation est due à une perversion de la sensibilité; car le thermomètre placé dans l'aisselle donne pendant la période de froid une augmentation de 2 à 4 degrés sur la température normale du corps. Cependant il faut dire que la main appliquée sur le corps du malade perçoit aussi cette sensation du froid.

Pendant ce stade, les malades ressentent quelques douleurs. Les plus importantes à noter sont celles qui se font sentir dans l'hypochondre gauche et qui coïncident ordinairement avec l'intumescence de la rate. M. Louis (2) les a trouvées dans un assez grand nombre de cas. Elles ont lieu ordinairement dès le début de la maladie. Quelquefois la douleur se fait sentir dans les autres points de l'abdomen, et chez un certain nombre de sujets, il y a des douleurs contusives dans les membres, un brisement comme dans la courbature, une constriction marquée à l'épigastre. Une *céphalalgie* d'une intensité variable est, parmi les symptômes, un de ceux qui, après le frisson, arrachent le plus de plaintes aux malades.

Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer M. Nepple, les malades éprouvent un besoin de manger au commencement de ce stade; plus souvent il y a *anorexie*; la *langue* est humide, parfois bleuâtre. La soif est ordinairement vive. On observe parfois, dans cette période, des *vomissements* alimentaires ou bilieux, mais pas plus fréquemment que dans la période de chaleur. Les *urines* sont transparentes, incolores, peu abondantes.

Quelques malades éprouvent une oppression assez vive; quelques uns ont une *toux* sèche fréquente, et l'on a cité des cas dans lesquels quelques bulles de râle sous-crépitant se font entendre dans la poitrine. J'en ai vu un exemple remarquable. Quelques uns aussi éprouvent de la cardialgie et des *palpitations*, phénomènes qui s'accompagnent ordinairement d'une plus ou moins grande anxiété. Le *pouls* est accéléré, peu développé, sans irrégularité. La *peau* présente, outre sa rugosité, une sécheresse plus ou moins grande.

M. Ebrard (3) a constaté, contrairement aux assertions de quelques auteurs, que *le stade de froid se montre chez les enfants*, qui ont la peau froide, les lèvres, les ongles, les paupières bleuâtres, les traits grippés, etc. Pendant ce stade aussi, il survient parfois des *convulsions* qui peuvent être promptement funestes. J'en ai observé deux exemples.

2° *Stade de chaleur*. Après une durée que je ferai connaître plus loin, la période

(1) *Rech. sur la temp. du corps* (*Journ. l'Expérience*, 1839).
(2) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II, p. 161.
(3) *Loc. cit.*

de froid cesse et la chaleur commence, faible d'abord, puis de plus en plus intense. Elle devient, dans un certain nombre de cas, âcre et brûlante. Les recherches de M. Gavarret ont encore prouvé que cette augmentation de température est beaucoup moins considérable que ne le pensent les malades; elle n'est, en effet, que d'un degré supérieur à celle qu'on constate dans la période de froid.

Pendant ce stade, la céphalalgie persiste, ou même augmente. Il en est de même de la soif. On observe parfois quelques vomissements bilieux ; mais les douleurs du tronc et des membres se dissipent ordinairement.

La *face* devient rouge et animée; les yeux sont brillants, parfois sensibles à la lumière. La face, ainsi que le reste du corps, paraît un peu tuméfiée.

Le *pouls* s'élève, devient plus large, tout en conservant sa fréquence. La *respiration* paraît moins gênée. Les *urines* sont rouges; quelquefois leur émission fait éprouver un sentiment de cuisson dans le canal de l'urètre.

Pendant tout ce stade, l'*anxiété* persiste ; les malades cherchent dans le lit des places fraîches et une position commode qu'ils ne trouvent pas; parfois, au contraire, il y a un peu de somnolence.

3° *Stade de sueur*. Le stade de sueur commence par une sensation générale de mieux être ; la céphalalgie n'est plus ordinairement qu'une lourdeur de tête, et bientôt la peau, jusque-là sèche et aride, commence à s'humecter. C'est généralement par la tête que commence la sueur, puis elle se montre au tronc et ensuite aux membres.

Pendant que la sueur s'établit ainsi, tous les symptômes s'amendent ; le *pouls*, en particulier, perd de sa force et de sa fréquence, et il devient souple, facile à déprimer.

Il n'est pas rare de voir des sujets s'endormir alors d'un profond sommeil, et se réveiller au bout d'un certain temps complétement délivrés de leur accès.

L'abondance de la *sueur* est très variable. On voit, en effet, des sujets qu'il faut changer trois ou quatre fois de linge ; d'autres qui pénètrent complétement leur lit; et d'autres, au contraire, dont il est à peine nécessaire de changer le linge une seule fois.

Intervalle des accès. Dans quelques cas, et surtout lorsque l'intervalle des accès est long, comme dans les fièvres tierces ou dans les fièvres quartes, au mouvement fébrile qui vient d'être décrit succède non seulement une apyrexie complète, mais encore un parfait état de santé, de telle sorte, qu'après le premier accès, le malade peut se croire complétement guéri. Mais, le plus souvent, il reste du malaise, de la langueur, un peu de céphalalgie. L'appétit est diminué, la langue reste blanche et un peu pâteuse, les selles sont difficiles. Lorsqu'il y a eu un certain nombre d'accès, la rate reste gonflée et parfois un peu douloureuse.

Époques de la journée où surviennent les accès. Il est aujourd'hui reconnu qu'on ne peut rien dire de positif sur l'heure de l'apparition des accès ; il est, par conséquent, inutile de répéter les assertions qu'on a émises sur ce point. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que, dans l'immense majorité des cas, les accès commencent dans le courant de la journée.

Fièvre intermittente des enfants. Suivant M. Schmitz-Zer (1), la fièvre intermit-

(1) *Journ. für Kinderkrankheiten*, t. XI.

tente, lorsqu'elle se développe chez des enfants très jeunes, présente des modifications importantes. Elle ne se rencontre que dans la classe la plus pauvre, dont les logements humides et insalubres, et la mauvaise alimentation semblent être la cause de la maladie. Cette fièvre des enfants affecte constamment le type quotidien, et se montre par paroxysmes réguliers, que séparent des intervalles d'apyrexie plus ou moins complète. Pendant les accès, les enfants s'agitent, se refroidissent, pâlissent; le pouls devient fréquent, petit et concentré; il y a souvent du tremblement, mais pas de frisson intense; après un quart d'heure ou une demi-heure, jamais plus tard, le stade de chaleur s'établit de la même manière que chez les adultes; il dure une heure à une heure et demie, puis les enfants s'endorment et entrent en sueur. Au réveil, ils paraissent être fatigués, mais se sentent assez bien. L'intermission, qui dure jusqu'au lendemain, quoique un peu moins nette que chez les adultes, est cependant évidente.

Si la maladie se prolonge pendant quelque temps, les enfants maigrissent considérablement; leur facies est pâle et cachectique; la peau du visage devient d'un jaune sale; le ventre se ballonne; le foie se tuméfie; la rate jamais.

M. le docteur Guiet (1) a résumé ainsi qu'il suit les caractères de la fièvre intermittente simple chez les enfants à la mamelle :

« Invasion subite; type quotidien; irrégularité des accès; absence presque complète des stades de froid et de sueur; stade de chaleur exagérée; apyrexie bien manifeste. Voici, d'après les observations de ce praticien, ce qui se passe presque toujours en pareil cas : L'enfant, qui était fort gai, devient tout à coup triste et maussade; il s'impressionne facilement, et la moindre cause provoque des larmes; il refuse le sein ou le biberon. Une certaine pâleur se répand sur son visage; ses mains et ses pieds se refroidissent; il lui vient de fréquents bâillements : quelquefois, au début, ce sont des vomissements de matières glaireuses ou bilieuses. Chez d'autres, c'est un mal de tête violent, et l'on voit alors l'enfant porter fréquemment ses mains à la tête; parfois c'est un poumon qui se congestionne, et une toux sèche et fatigante, accompagnée quelquefois de vomissements, marque le début de l'accès; d'autres fois il survient de la diarrhée. Bientôt la peau devient brûlante et sèche; cette chaleur se répand aux muqueuses; l'enfant est abattu et présente des alternatives de somnolence et d'agitation convulsive. Cet état dure plus ou moins longtemps; puis enfin cette tension disparaît, la peau s'assouplit, une légère moiteur y apparaît. Tout rentre dans l'ordre; l'enfant se calme, il sourit, reprend le sein jusqu'à ce qu'un nouvel accès vienne reproduire de semblables phénomènes.

M. le docteur Semanas (2) a observé à Alger la *fièvre intermittente pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, et il a vu cette fièvre revêtir la forme des affections les plus communes à la première enfance.

On a vu plus haut les remarques de M. Ébrard au sujet de la fièvre intermittente des enfants. J'en ai moi-même (3) vérifié l'exactitude.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, août 1850.

(2) *De la fièvre pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, 1848.

(3) *Consid. sur la fièvre interm. chez les jeunes enfants* (*Union méd.*, 10 et 12 octobre 1848).

Complications. M. le docteur Véret (1) a rapporté trois cas dans lesquels l'*albuminurie* a compliqué la fièvre intermittente. Cet auteur attribue la complication à une simple congestion des reins pendant les accès. Si la fièvre est de longue durée, cette congestion peut se terminer par des lésions plus profondes.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie, types, récidives.

Nous venons de voir que la marche de la maladie consiste dans une alternative d'accès fébriles et d'apyrexie ; les époques plus ou moins éloignées auxquelles se produisent ces accès constituent les types de la fièvre intermittente. Les principaux parmi ces types, et les seuls qui méritent d'être notés avec grand soin, sont : 1° le *type quotidien*, 2° le *type tierce*, 3° le *type quarte*.

Dans le *type quotidien*, les accès ont lieu tous les jours à la même heure, ou à très peu près à la même heure; ils se ressemblent sous le rapport de leur durée et de leur intensité. Quelquefois, au lieu d'un seul accès, il y a deux accès par jour; on dit alors que la fièvre est *double-quotidienne*. Enfin, il peut arriver qu'il y ait un plus grand nombre d'accès dans les vingt-quatre heures : il est très important de connaître ce fait, qui a été mis hors de doute par M. Mêlier, dans un travail très intéressant; car ces accès multiples sont fort courts, ne consistent souvent qu'en un sentiment rapide de chaleur suivi de sueur, et peuvent facilement être méconnus. M. Mêlier a donné à cette fièvre le nom de *fièvre intermittente à courtes périodes* (2).

Dans le *type tierce*, l'accès se reproduit tous les deux jours. On observe quelquefois des accès de fièvre *double-tierce*. En pareil cas, il y a un accès tous les jours, mais le troisième ressemble au premier, le quatrième au second, et ainsi de suite.

Dans le *type quarte*, l'accès a lieu tous les trois jours (3), de sorte qu'il y a entre deux accès deux jours d'apyrexie. On a cité quelques exemples de fièvre *double-quarte*, dans lesquels il y a, le premier et le deuxième jour un accès; puis, le troisième jour, apyrexie; le quatrième et le cinquième jour, un accès; le sixième jour, apyrexie, et ainsi de suite.

Voilà les principaux types à étudier, et encore faut-il remarquer que les fièvres double-quotidienne, double-tierce et double-quarte sont loin d'être fréquentes. Il me reste maintenant à indiquer quelques autres types tellement rares qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions. Ce sont les *tierces doublées* (tous les deux jours deux accès); les *quartes triplées* (*idem*, tous les trois jours); la *triple-quarte* (un accès tous les jours, deux faibles et un fort); la fièvre *quintane*, *septane*, *octane* (un accès le cinquième, le septième ou le huitième jour). On a été même jusqu'à parler de fièvres intermittentes *mensuelles* et *annuelles ;* mais rien n'est moins prouvé que l'existence de pareils faits.

Dans l'immense majorité des cas, les stades des accès se succèdent de la manière indiquée plus haut; mais quelquefois on voit soit *un des stades manquer*, soit, ce

(1) *Quelques observ. de fièvres interm. avec albuminurie* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1847).

(2) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 551.

(3) Pour ne pas se tromper dans le calcul, il ne faut pas compter le jour du premier accès.

qui est beaucoup plus rare, *un seul stade se montrer*, et, ce qui est bien plus rare encore, l'*ordre d'apparition des stades être changé*. Le stade de froid peut manquer; mais il est bien rare que les malades n'aient pas au moins une certaine sensibilité au froid. Le stade de chaleur manque peut-être plus fréquemment; cependant on ne peut pas l'affirmer, parce que, s'il est très court, il échappe à l'attention du malade, auquel nous devons nécessairement nous en rapporter. Enfin, on voit aussi manquer quelquefois la sueur, mais il est bien rare qu'il n'y ait pas un peu de moiteur.

Dans quelques cas, on a vu le frisson venir après la chaleur et la sueur, mais ce sont là de véritables exceptions. Toutefois ces irrégularités, dans quelques cas de fièvre évidemment intermittente, doivent rappeler au praticien cette grande vérité, qui ne doit jamais être perdue de vue, auprès du lit du malade, que, dans ces affections, c'est moins la forme de la maladie que le retour périodique des accès qu'il faut noter. J'aurai à revenir sur cette proposition à l'occasion des fièvres pernicieuses.

La *durée* des accès est très variable; il est rare qu'elle soit de moins d'une heure, et qu'elle se prolonge au-delà de six ou sept heures. Quant à la durée de la maladie elle-même, il est impossible de la déterminer. Dans un certain nombre de cas, et surtout *dans les fièvres simples vernales*, on voit la maladie se dissiper d'elle-même après le cinquième, le sixième ou le septième accès; mais bien plus souvent la maladie se prolonge indéfiniment, les accès deviennent plus intenses, et la rate s'engorge. Quant à la *durée des stades*, elle est également variable. On peut dire néanmoins que, dans la majorité des cas, le stade de froid dure d'une à deux heures, le stade de chaleur dure plus longtemps, et le stade de sueur se prolonge pendant plusieurs heures.

Il résulte de là que l'*intervalle des accès* a lui-même une durée très variable.

A ce sujet, on a cité des cas dans lesquels un accès commençant avant qu'un autre soit fini, la fièvre était *subintrante;* mais c'est dans les accès de fièvre pernicieuse que les choses se passent ainsi.

La terminaison de la fièvre intermittente simple, quel que soit son type, peut être, ainsi que je l'ai dit plus haut, spontanément favorable. Cependant il est nécessaire, dans la majorité des cas, d'opposer à cette maladie un traitement approprié, et, dans ces conditions, elle se termine par la guérison. Si, au contraire, on la néglige, il est un bon nombre de cas dans lesquels les accès se reproduisent indéfiniment, et les malades tombent dans une *cachexie* particulière qui mérite d'être signalée. Ils sont d'un jaune terne ou terreux, languissants, bouffis; la face n'a pas d'expression; le ventre est volumineux, les membres faibles et grêles. Avant qu'on eût trouvé le traitement spécifique de ces fièvres, cet état se terminait fréquemment par la mort. J'ai parlé plus haut de l'*intumescence de la rate;* souvent, après un nombre considérable d'accès, elle devient telle qu'on sent l'organe au-dessous et à droite de l'ombilic, et quelquefois jusqu'à peu de distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Enfin quelques sujets présentent de l'*œdème* des membres inférieurs, une anasarque, une ascite, dont l'état de la rate ne donne pas la raison, et qu'il faut attribuer à une altération particulière du sang.

Les *rechutes* sont très fréquentes : elles ne présentent pas toujours, à beaucoup près, le même type que la première attaque; elles peuvent avoir lieu même

quand le malade ne s'expose plus aux causes d'infection, et alors elles sont ordinairement occasionnées par le froid, l'humidité, les excès, en un mot par les causes déterminantes indiquées plus haut (1).

Suivant M. Réné Vannoye (2), il est un *signe particulier qui annonce l'imminence de la récidive* des fièvres intermittentes. Il consiste dans un état particulier de la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure. Cette membrane qui, dans l'état normal, offre une teinte d'un rouge plus ou moins vif, présente souvent, d'après M. Vannoye, lorsqu'on l'examine chez un individu depuis quelque temps affecté de fièvre intermittente, une raie pâle qui circonscrit l'arc inférieur du petit segment libre du globe oculaire. Lorsqu'on abaisse la paupière renversée, et qu'on fait tourner au malade l'œil en haut, cette raie présente assez bien un croissant, dont l'une des cornes correspond à l'angle interne de l'œil, et l'autre à l'angle externe, de manière que son bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et que son bord convexe se dessine par une ligne, plus ou moins bien tranchée, sur la muqueuse palpébrale. Le degré de pâleur de cette raie est en rapport direct avec l'atteinte que l'organisme a subie. Les observations nombreuses qu'a faites M. Vannoye sur ce sujet lui ont permis d'établir :

1° Que là où ce phénomène n'existe pas, la fièvre n'a ordinairement pas duré fort longtemps, ou du moins qu'on parvient aisément à la faire cesser, sans que sa cessation soit suivie de récidive ;

2° Que là où il existe, l'administration convenable d'un fébrifuge le fait quelquefois disparaître en très peu de temps, et qu'alors il n'y a pas lieu à craindre le retour des accès ;

3° Que quand la raie persiste après la disparition des accès fébriles, ceux-ci reviennent dans l'immense majorité des cas, et que ce n'est qu'après que cette raie s'est confondue avec la teinte du reste de la muqueuse palpébrale, qu'il est permis de ne plus redouter leur retour.

J'ai, comme M. Vannoye, constaté l'existence de ce signe que j'ai également trouvé chez les chlorotiques, et qui est dû à l'anémie causée par la fièvre intermittente.

§ V. — Formes de la maladie.

Avant la découverte du quinquina, on s'occupait beaucoup des formes de la fièvre intermittente, parce qu'on puisait dans la prédominance de certains symptômes des indications pour le traitement. Sans cette circonstance, la forme de la maladie n'aurait pas une grande importance.

On a distingué d'abord une *fièvre intermittente inflammatoire*, dans laquelle le frisson est court, le stade de chaleur long, la température élevée, la céphalalgie, la somnolence marquées, le pouls plein et dur. Puis la *fièvre intermittente bilieuse*, dans laquelle la bouche est pâteuse, l'appétit perdu, le goût mauvais, amer, la face jaunâtre, le pouls mou et dépressible. Enfin la *fièvre muqueuse ou catarrhale*, dans laquelle diverses muqueuses sont prises.

On a dit que, dans la première, le quinquina n'agit qu'imparfaitement, si l'on ne détruit d'abord l'état inflammatoire par les émissions sanguines et les délayants ; que, dans la seconde, le fébrifuge trouve les mêmes obstacles, si l'on ne

(1) Voy. § II, *Causes*.
(2) *Ann. de la Soc. méd. de la Flandre orientale*, 1848.

commence par administrer les vomitifs. Cette opinion est très accréditée et principalement fondée sur ce que, dans les pays chauds, on arrive à faire disparaître la fièvre bilieuse, dans un assez bon nombre de cas, par les vomitifs ; mais y a-t-il là une démonstration évidente ? Je ne nie pas le fait, mais je dis qu'il faudrait des recherches plus exactes pour le mettre hors de doute. Au reste, cette question n'a pas une très grande importance dans les fièvres non pernicieuses, et c'est lorsque je ferai l'histoire de ces dernières qu'il conviendra de la traiter avec soin. Je renvoie donc le lecteur à l'article suivant.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Les malades affectés de la fièvre intermittente simple ne succombent que lorsque la cachexie indiquée plus haut a fait de grands progrès. Alors on trouve l'engorgement chronique de la rate, dont le tissu est devenu plus ferme et plus résistant. On observe aussi les diverses hydropisies dont nous avons parlé ; mais il n'est aucune autre lésion qu'on puisse attribuer à cette maladie. L'engorgement de la rate à l'état aigu a pu être étudié chez des sujets qui ont succombé à des accès de fièvre pernicieuse, et alors on a trouvé une simple congestion sanguine.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit plus haut sur l'importance capitale de la périodicité, on reconnaîtra que le diagnostic ne peut pas être difficile pour un médecin attentif, alors même que les stades ne se présentent pas avec toute la régularité habituelle. Il est donc inutile d'insister sur ce sujet.

Pronostic. Le pronostic de la fièvre intermittente simple est favorable, surtout parce que le médecin possède un moyen efficace d'en arrêter les accès. Mais quelque bénigne qu'elle soit, on ne peut pas annoncer avec certitude qu'elle tendra naturellement à la guérison. J'ai observé, à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade qui, ayant eu un premier accès d'une heure et demie environ, vit tous les jours cette durée augmenter, jusqu'à ce que, après vingt-deux accès, pendant lesquels il n'avait rien fait, l'intervalle apyrétique disparut presque complétement. On l'apporta à l'hôpital au vingt-troisième accès ; le sulfate de quinine fut immédiatement administré : il était trop tard ; l'accès fut pernicieux et causa la mort. Il ne faut pas oublier non plus les convulsions qui peuvent être très promptement funestes chez les enfants.

Suivant une remarque générale, les fièvres vernales sont moins dangereuses que les automnales. Toutes choses égales d'ailleurs, la maladie est plus grave chez les sujets débilités. La cachexie des fièvres intermittentes est d'un fâcheux augure.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de cette maladie est des plus simples. On ne peut plus penser aujourd'hui à laisser marcher la fièvre intermittente pendant un certain temps sans la combattre ; cette opinion ne pouvait être soutenue que quand on n'avait pas trouvé le remède spécifique. Les auteurs qui se sont occupés le plus de ce point de thérapeutique, Torti, Strack, Lind, etc., ont fait voir qu'une fièvre intermittente, bénigne en apparence, pouvait devenir pernicieuse au cinquième ou

sixième accès ; les faits qu'ils ont cités sont de nature à faire cesser toute hésitation sur ce point.

Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, on a avancé que le quinquina n'agissait pas bien, si l'on n'avait auparavant combattu l'élément inflammatoire, saburral ou bilieux, et de là une préparation qui consiste, selon les cas, en saignées, en vomitifs, en purgatifs, en délayants. L'examen attentif des faits ne m'a pas convaincu de l'utilité de ces préparations, bien que, dans certains cas, on ait vu disparaître la fièvre après un ou plusieurs éméto-cathartiques. Quand je parlerai des fièvres pernicieuses, je ferai voir le danger de cette méthode.

Le remède auquel il faut, par conséquent, avoir tout d'abord recours est le quinquina et ses préparations. Mais on peut être appelé au moment de l'accès : doit-on agir immédiatement ? Non, quand il s'agit d'une fièvre intermittente simple et d'accès laissant entre eux des intervalles assez considérables ; il faut attendre l'apyrexie pour administrer le spécifique, et, en attendant, on se bornera aux moyens suivants :

Traitement de l'accès. On a proposé de hâter par divers moyens l'évolution de l'accès. Favoriser la chaleur et la sueur en élevant la température, en donnant des excitants diffusibles et des boissons chaudes ; voilà à quoi se réduit cette médication dont l'action n'est pas très évidente (1). Selon Lind (2), une dose médiocre d'*opium* est utile pour calmer la violence et pour abréger la durée de l'accès. Mais, en général, on se contente de donner une boisson tiède et émolliente, et de tenir les malades à une bonne température, au lit et dans un lieu tranquille. Tout autre moyen est inutile et pourrait être dangereux.

Traitement curatif. Aujourd'hui il est universellement reconnu que le moyen curatif par excellence est le *sulfate de quinine*. Mais, avant d'en parler, je dois dire un mot des *douches froides*, vantées, dans ces derniers temps, par M. le docteur Fleury (3).

Douches froides. Suivant ce médecin, les *douches froides* auraient une efficacité au moins égale au sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente simple et récente, et supérieure dans le traitement de la fièvre ancienne et rebelle. Tout en reconnaissant que M. Fleury a obtenu, par ce moyen, des succès remarquables, je ne crois pas qu'on puisse lui attribuer cette supériorité, car les succès non moins remarquables du sulfate de quinine sont innombrables.

ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE ET DU QUINQUINA.

On donne ce sel, dans une potion, en pilules, en poudre dans le pain à chanter, dans du café pour en masquer l'amertume, à la dose de 40, 60, 90 centigrammes ou 1 gramme. Cette dernière dose peut être donnée les deux ou trois premiers jours au moins, chez un adulte fort et vigoureux. Dans d'autres conditions d'âge et de force, on débute par de plus faibles doses.

Dès le quatrième ou le cinquième jour, lorsque la fièvre est bien coupée, on peut diminuer successivement la dose du sulfate de quinine, mais en ayant soin de

(1) Voy. Wilson Philips, *Fièvres intermittentes*. Paris, 1819.
(2) *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1785.
(3) *Des douches froides appliquées au trait. de la fièvre interm.* (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1848, t. XVI, p. 289).



continuer l'administration du médicament pendant douze ou quinze jours, afin de prévenir les récidives.

Quelques médecins, parmi lesquels il faut compter Sydenham, ont conseillé, la fièvre étant coupée, de donner la dose primitive du fébrifuge (et ce que cet auteur disait du quinquina s'applique naturellement au sulfate de quinine) à des intervalles de plus en plus éloignés, en saisissant le jour qui aurait été apyrétique si la fièvre eût continué.

On n'a pas des idées bien précises sur l'efficacité relative de ces différents modes d'administration du sulfate de quinine. Ce qu'il faut surtout savoir, c'est qu'une fièvre coupée a une grande tendance à se reproduire si l'on suspend trop tôt le fébrifuge.

Récemment M. le docteur Pfeufer (1) a cité 34 cas dans lesquels il a réussi à couper la fièvre en donnant *une seule dose de* 0,50 *grammes de quinine en une fois, peu de temps avant l'accès.* Dans les deux tiers des cas, il y a eu, après l'administration du médicament, un second accès moins fort que les précédents; mais ensuite la fièvre n'a plus reparu: Si cette méthode était réellement aussi efficace que le dit cet auteur, ce serait un grand avantage, surtout dans les campagnes, où le haut prix du quinine empêche d'en donner des doses suffisantes; mais il faut encore bien des faits avant de se prononcer.

Une règle qui a pour elle la sanction d'une longue expérience, c'est de commencer l'administration du sulfate de quinine dès que commence l'apyrexie, c'est-à-dire à l'époque la plus éloignée du moment où doit avoir lieu l'accès, et de faire en sorte que toute la dose soit prise quelques heures avant ce moment. On sait, en effet, que ce sel, quand on l'administre à doses fractionnées comme à l'ordinaire, a besoin de quelque temps pour agir : et cela est tellement vrai, qu'il n'est pas rare de voir l'accès revenir une ou deux fois, plus ou moins retardé et plus ou moins affaibli, après l'administration du médicament.

Les médecins qui regardent la fièvre comme étant sous la dépendance de l'engorgement de la rate conseillent de continuer le sulfate de quinine à dose élevée pendant tout le temps que le volume de la rate dépasse ses limites naturelles; et si cet engorgement est ancien et se dissipe difficilement, ils donnent le sel à dose élevée. On sait, en effet, que M. Bally administrait jusqu'à 2, 3 grammes de sulfate de quinine, et plus encore. Les essais que j'ai tentés m'ont convaincu que ces grandes doses de sulfate de quinine sont inutiles. La rate, une fois la fièvre bien coupée, diminue de jour en jour et reprend son état normal, alors même qu'on abaisse le sulfate de quinine à 60 et 50 centigrammes.

M. Nonat a cité des faits qui tendent à démontrer que quelques applications de *sangsues* ou de *ventouses scarifiées* sur la région splénique hâtent le retour de la rate à ses limites normales, alors même qu'on réduit le sulfate de quinine à de faibles doses (20 ou 30 centigrammes). Dans le mémoire que j'ai cité plus haut, j'ai dit moi-même que la rate, qui restait stationnaire pendant deux ou trois jours après la cessation de la fièvre, bien que le sulfate de quinine continuât à être administré à dose assez élevée, diminuait rapidement sous l'influence des sangsues. Mais j'ai vu depuis que je m'étais un peu trop pressé, et, dans d'autres

(1) *Neue medicinische Zeitung.*

cas, ayant attendu un ou deux jours de plus, j'ai vu l'organe tuméfié diminuer avec rapidité, bien que je ne fisse pas appliquer de sangsues, et que j'eusse réduit à 50 centigrammes le sulfate de quinine. Cette dose, il est vrai, est plus considérable que celles que prescrit M. Nonat; mais ces derniers faits prouvent que les émissions sanguines locales n'ont pas une influence aussi grande que je l'avais d'abord pensé.

Si l'on en croit M. Piorry (1), l'action du sulfate de quinine est si prompte, qu'un gramme de cette substance, administré dans une potion suffisamment acidulée pour transformer le sel en bisulfate, suffit pour faire diminuer la rate d'une quantité notable au bout de quarante ou cinquante secondes. Les expériences que j'ai tentées (2) m'ont démontré que cette assertion est erronée. J'ai vu constamment, la fièvre étant complétement coupée, la rate conserver son volume pendant deux, trois et quatre jours, bien que la dose de sulfate de quinine fût de 1 à 2 grammes pris en une seule fois le premier jour, et par doses fractionnées les jours suivants. M. Gouraud (3) a expliqué l'illusion de M. Piorry par un développement considérable de gaz dans l'estomac, dont le grand cul-de-sac vient, par sa sonorité, masquer la matité de la rate. Dans les cas que j'avais cités lorsque parut mon mémoire, je n'avais pas observé cet effet; mais, plus tard, chez un sujet affecté de fièvre tierce avec un développement considérable de la rate, je le vis se produire de la manière la plus évidente. Au bout d'une demi-minute, la matité de la rate parut diminuer, mais par sa limite interne seulement; puis cette diminution apparente fit des progrès tels que la moitié interne de la matité avait disparu pour faire place à un son très clair, tandis que la moitié externe persistait. Et ici on ne pouvait pas se méprendre sur la cause, car la matité avait conservé son étendue suivant le diamètre longitudinal, tandis qu'elle avait diminué de moitié suivant le diamètre transversal; or on sait que, quand il s'agit de la diminution de l'organe lui-même, cette diminution est concentrique. De plus, le malade ayant été examiné deux heures plus tard, le volume anormal de la rate donnait lieu à la matité primitive, parce que la distension de l'estomac avait cessé. Enfin, pour qu'il ne manquât rien à l'expérience, la même épreuve fut faite le lendemain avec un verre de tisane froide, et les choses se passèrent absolument comme avec le sulfate de quinine.

Chez les enfants, il est difficile de faire accepter le sulfate de quinine, quelque précaution qu'on prenne pour cela. On peut le leur prescrire *dans du café*, comme le conseille M. Devouves, mais l'infusion de café est très excitante à cet âge. Cependant, en l'administrant comme le recommande M. Ebrard, il n'a pas d'inconvénient. Ce médecin délaie de 10 à 15 centigrammes de sulfate de quinine dans quelques gouttes de café torréfié, puis il ajoute 30 grammes d'une infusion quelconque, il sucre le mélange, et ajoute même un peu de lait. Les enfants prennent cette boisson sans répugnance.

M. le docteur Petzold (4) donne aux très jeunes enfants le mélange suivant :

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1845, t. VI, SPLÉNOPATHIES.
(2) Voy. *Mémoire cité* (*Union méd.*, 1847).
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*
(4) *De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés* (*Journ. für Kinderkrankheiten*, décembre 1845).

♃ Miel................ 45 gram.	Mixture d'acide sulfurique... 4 gram.
Sulfate de quinine..... 0,75 gram.	

Mêlez. Dose : une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Un moyen plus simple est de faire faire de *petites pilules de quinine brute* qu'on leur fait prendre dans un pruneau, dans le potage, dans de la bouillie épaisse, etc. La quinine brute ayant moins d'action que le sel, il faut en donner une dose un peu plus élevée (20 ou 25 centigrammes pour un enfant de trois ou quatre ans, et élever ensuite la dose suivant l'âge).

Avant qu'on eût découvert le sulfate de quinine, on obtenait les mêmes résultats avec le *quinquina*. Or il se pourrait qu'on n'eût à sa disposition que cette dernière substance ; on administrerait alors le quinquina, sous forme d'*extrait*, à la dose de 6, 8, 12, 16 grammes, soit en bols, soit dans du pain à chanter, soit dans une potion. Le quinquina en *poudre* doit être prescrit à dose plus élevée (de 15 à 50 grammes, et plus). Ce dernier mode d'administration est le plus difficile.

Le sulfate de quinine est un sel irritant. Lorsque l'estomac est enflammé ou très susceptible, il y a des inconvénients à l'administrer par la bouche. On peut alors le donner *en lavements*, en ayant soin d'y joindre 10 à 12 gouttes de *laudanum*, pour que le liquide puisse être conservé. Lorsque l'irritation de l'estomac est peu considérable, on peut encore donner le médicament par la bouche, mais en l'associant à l'*opium ;* ou bien on peut recourir au quinquina, qui est moins irritant que le sulfate de quinine.

Mais il peut arriver aussi que l'intestin soit enflammé ; en pareil cas, on a eu recours à la *méthode endermique*. En appliquant le sulfate de quinine sur la peau dénudée, on peut, il est vrai, arrêter la fièvre, mais ce sel a l'inconvénient de causer de vives douleurs, et, ce qui est beaucoup plus grave, de produire des escarres.

Les *frictions avec une pommade chargée de sulfate de quinine* sont un moyen très infidèle. Cependant on est souvent obligé d'y recourir chez les enfants, et c'est ce qu'a fait en particulier M. Ebrard dont j'ai si souvent cité les intéressantes recherches. J'en ai moi-même obtenu de bons effets. On mêle le sulfate de quinine à l'axonge, dans la proportion de 1, 2, 3 grammes et plus pour 30 grammes. Les frictions se font dans les aiselles, aux aines, sur l'abdomen.

Tannate de quinine. M. Barreswil (1) a présenté à l'Académie de médecine un nouveau sel de quinine, le *tannate*, dont l'action paraît d'après les rapports de la commission, être identique à celle du sulfate, et qui n'a pas l'amertume de ce dernier sel. Il s'administre aux mêmes doses, et de la même manière.

On a cherché dans d'autres substances des succédanés du quinquina et du sulfate de quinine ; mais presque tous ces moyens, un moment vantés, sont aujourd'hui tombés dans l'oubli. Ce sont la *salicine*, l'*olivier*, le *fer*, le *mercure*, l'*opium*, l'*alun*, le *phosphore*, etc., etc.

M. Becquerel (2) a employé le *sulfate de béléérine*, préconisé par plusieurs

(1) *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1852, t. XVII, p. 415.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 octobre 1851.

médecins anglais, mais les faits observés par ce médecin sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer une conclusion quelconque.

M. le docteur Gendron (1) a préconisé, dans ces derniers temps, l'*alkékenge* en poudre (*physalis alkekengi*, *solanum vesicarium*). Cette substance se donne à dose variable, suivant les cas. On peut en prescrire de 4 à 18 grammes dans un demi-verre d'eau. Les faits rapportés par M. Gendron doivent engager à essayer ce médicament, surtout dans les campagnes, où il serait si avantageux d'avoir un succédané peu dispendieux de la quinine.

L'*arsenic* mérite une mention particulière. On l'avait déjà administré à la dose de 1/30ᵉ ou 1/16ᵉ de grain, et quelques auteurs avaient vanté ses bons effets, lorsque M. Boudin (2) eut occasion d'essayer cette substance sur une grande échelle, chez des militaires qui avaient contracté la fièvre intermittente.

Or il a conclu des faits qu'il a observés, qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le sulfate de quinine n'ayant pas d'action, l'acide arsénieux a guéri la fièvre; qu'il en est un nombre notablement moins considérable où, l'arsenic restant sans effet, le sulfate de quinine a procuré la guérison; enfin que, dans les cas où l'un et l'autre médicament ont eu un bon effet, l'acide arsénieux agit plus promptement et plus sûrement. Ces expériences, comme on le voit, sont toutes à l'avantage de l'arsenic; malheureusement elles n'ont pas été suffisamment répétées. Pour ma part, ayant eu, dans plusieurs cas, recours à l'acide arsénieux, j'ai vu les accès continuer pendant huit et dix jours, tandis que la première dose de sulfate de quinine les faisait cesser. Suis-je tombé sur quelques uns des cas particuliers mentionnés par M. Boudin, et dans lesquels l'arsenic se montre inefficace? C'est ce que je ne saurais dire. J'engage les praticiens à renouveler ces essais. Voici comment M. Boudin procède :

Première formule.

Poudre minérale fébrifuge.

℞ Acide arsénieux.................. 0,01 gram. (1/5 de grain).

Ajoutez successivement et par petites portions :

Sucre de lait pulvérisé.................. 1 gram. (20 grains).

Triturez dans un mortier de verre, assez longtemps (au moins dix minutes) pour que le mélange soit intime.

Divisez en vingt paquets. Chaque paquet représente un demi-milligramme ou un centième de grain d'acide arsénieux.

Dose : un paquet délayé dans une cuillerée d'eau cinq ou six heures avant le moment présumé de l'accès.

Deuxième formule.

Pilules minérales fébrifuges.

℞ Arséniate de soude.............. 0,01 gram. (1/5 de grain).

Dissolvez dans :

Eau distillée..................... Q. s.

Saturez avec :

Amidon pulvérisé.................. Q. s.

Pour vingt pilules. Dose : une ou deux dans les vingt-quatre heures.

(1) *De l'alkékenge ou coqueret des vignes* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1851).

(2) *Traité des fièvres interm.*, etc. Paris, 1842. — H. Bailly, *Études sur l'emploi thérap. des préparations arsenicales*, thèse. Paris, 1850.

Troisième formule.

Lavement minéral fébrifuge.

℞ Arséniate de potasse...........	0,01 gram.	(1/5 de grain).
Eau distillée.................	1000 gram.	(1 litre).

Divisez en dix parties. Chaque partie servira pour un lavement.

On voit que si nous ne sommes pas sûrs de l'efficacité supérieure de l'arsenic, du moins les doses conseillées d'abord par M. Boudin sont assez faibles pour qu'on n'ait pas d'accident à redouter. Mais ce médecin, qui primitivement ne dépassait jamais la dose de 1 à 2 centigrammes de ce médicament, le porte maintenant jusqu'à 4 et 6 centigrammes, et il emploie en même temps un traitement analeptique.

M. le docteur Saurel (1) a rapporté une observation prise sur lui-même, dans laquelle on voit l'arsenic à la dose d'un quart de grain guérir rapidement une fièvre intermittente qui résistait depuis longtemps au sulfate de quinine, et qui avait occasionné un état cachectique des plus prononcés.

M. le docteur Mazière (2) traite avec succès les fièvres intermittentes par l'acide arsénieux à la *dose de* 3, 4 et 5 *centigrammes par jour*. Il réserve le sulfate de quinine pour des cas particuliers.

M. P. Lemaistre (3) cite onze cas de guérison par l'oxyde blanc d'arsenic à la dose de 2 centigrammes, cinq heures avant l'accès, dans une infusion de fleur d'oranger. La plupart des malades offraient des cas de récidive.

M. Dufour (4), de Lyon, d'après les expériences faites par MM. Teissier, Rodet, et par lui-même, conclut que l'arsenic est préférable dans les fièvres à type quarte, ainsi que dans les cas d'irritation des voies digestives, ou de saturation par la quinine.

J'ai cité ces faits parce qu'il importe que le praticien les connaisse; mais je pense qu'on doit se ranger à l'opinion de M. Girbal (5) qui s'exprime ainsi qu'il suit dans les principales conclusions de son travail :

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit plus dans les fièvres tierces que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action spéciale sur l'engorgement splénique ni sur l'état général.

. . . .

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

16° Qu'elle doit être bannie du traitement des accès pernicieux (6).

(1) *Gaz. méd. de Montpellier*, avril 1847.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 janvier 1848.
(3) *Union méd.*, 11 et 13 juillet 1851.
(4) *Des indications qui doivent faire préférer l'arsenic ou le quinquina dans les fièvres interm.* (*Revue méd.-chir.* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mars 1851).
(5) Séance de l'Acad. des sciences du 3 mai 1852.
(6) *Union méd.*, 6 mai 1852.

Hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée. M. le docteur Baud (1), de Bourganeuf, a fait connaître un nouveau moyen de traitement qui, selon lui, serait supérieur au traitement par le sulfate de quinine. Il consiste dans l'emploi de l'*hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée* administré de la manière suivante :

On fait avec cette substance des pilules de 15 centigrammes chacune, que l'on couvre d'une enveloppe de sucre pour en masquer l'amertume. Si l'on est appelé au moment de l'accès, on administre dix, quinze ou vingt pilules à prendre par cinq, dans une cuillerée de tisane ou d'eau, de demi-heure en demi-heure. Si le malade est actuellement apyrétique, on lui prescrit dix, quinze ou vingt pilules à prendre en partie une heure avant l'accès et en partie pendant la première heure de l'accès lui-même. Enfin s'il s'agit d'accès pernicieux ou d'accès qui ne laissent pas entre eux d'intervalle apyrétique, il faut augmenter considérablement la dose des pilules, qu'on donne à des intervalles rapprochés, et dont on continue l'emploi pendant plusieurs jours.

On ne doit pas craindre l'augmentation des doses, car M. Baud s'est assuré de leur parfaite innocuité, alors même qu'on multipliait les pilules jusqu'à quatre-vingts et cent dans une journée. Aussi quand les accès sont violents, ne faut-il pas hésiter à en donner trente et quarante en trois, quatre et cinq prises, partie avant l'accès et partie pendant l'accès.

Voici maintenant quelle est l'*action de ces pilules.* Lorsque la fièvre est simple et l'intensité modérée, le stade de froid se trouve atténué et abrégé ; le stade de chaleur est à peine perceptible, et une transpiration facile, sans aucun accident, juge la maladie, de telle sorte que l'accès suivant manque complétement ou bien est à peine perceptible.

Si la maladie est plus violente, un ou deux accès peuvent succéder au premier, mais ils sont de plus en plus faibles, et bientôt la guérison complète a lieu.

M. Baud se fonde sur 160 observations recueillies dans sa pratique et dans celle de plusieurs autres médecins. Je me contenterai d'indiquer les 31 cas qui ont été observés par la commission de l'Académie de médecine, cas où la fièvre intermittente était rebelle et avait résisté chez un certain nombre de sujets au sulfate de quinine et aux préparations arsenicales, et dans lesquels il y a eu 26 guérisons complètes, 2 cas douteux et 3 cas rebelles. Il faut attendre encore avant de se prononcer sur la valeur de ce traitement.

Sel marin. M. le docteur Thomas (2) de la Nouvelle-Orléans, a employé avec succès le *chlorure d'oxyde de sodium* contre la fièvre intermittente qui a résisté au sulfate de quinine. Voici comment il procède :

Il administre le chlorure de sodium à la dose de 2 gros (8 grammes) par jour dans un peu d'eau sucrée ou de tisane, 1 gros le matin à jeun, 1 gros trois heures après le déjeuner. Il le continue ordinairement pendant trois jours, si (ce qui a lieu habituellement dans la fièvre quotidienne ou tierce) l'accès est coupé dès le premier ou le deuxième jour. Quand la fièvre persiste plus longtemps, il conseille d'en prolonger davantage l'usage. Une ou plusieurs semaines sont quelquefois néces-

(1) *Nouveau mode de traitement des malad. périod. et autres affections intermittentes.* Paris, 1850.

(2) *Gazette des hôpitaux*, mai 1847.

saires dans les fièvres quartes. Les doses peuvent être augmentées sans inconvénient ; il est même indispensable de le faire dans certains cas. Mais, en général, la dose qui vient d'être indiquée lui paraît suffisante, bien que quelques médecins de la localité aient jugé convenable de l'élever davantage. M. Buys (1), de Bruges, a donné ce médicament à quarante-huit fiévreux : près des deux tiers présentaient le type quotidien; une dizaine le type tierce, et trois le type quarte. Tous, à l'exception de ceux atteints de ce dernier type, ont guéri dans l'espace de deux ou trois jours, par l'administration de 30 à 45 grammes de sel commun dans 180 grammes d'eau, administrés dans les 24 heures.

Hydrochlorate d'ammoniaque. M. Aran (2) a employé le sel ammoniac, déjà mis en usage par M. Mays; il a traité par ce médicament 13 cas de fièvre, se décomposant ainsi : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière ; sur les 13 malades, 7 ont guéri immédiatement (l'accès n'est pas revenu); 4 ont été guéris au deuxième accès; 2 ont continué, l'un jusqu'au huitième, l'autre jusqu'au quatrième accès.

Ce médecin prescrit la potion suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque..	8 gram.	Eau distillée de fleurs d'oranger..	30 gram.
Eau distillée de menthe.....	80 gram.		

A prendre en deux fois, le plus loin possible de l'accès ; et faire chaque prise d'une tasse de café pur sucré ; continuer le traitement pendant quelques jours.

M. Chevreuse (3) cite une observation dans laquelle le sulfate de quinine, employé sous toutes les formes, échoua. Ce médecin eut recours alors au *jus de feuilles de plantain* (*plantago major*), à la dose d'un demi-verre avant chaque accès, et obtint ainsi une prompte guérison. Depuis, dit-il, il a employé ce moyen dans cinquante cas, et le jus de plantain a réussi à couper des accès qui avaient résisté au sulfate de quinine.

Ventouses sèches. M. le docteur Gondret (4) ayant observé, en appliquant des ventouses sèches comme moyen dérivatif dans les maladies des yeux, que plusieurs fièvres intermittentes qui compliquaient ces maladies s'étaient trouvées guéries, a dirigé ce moyen contre la fièvre intermittente en général. Il a rapporté des faits nombreux pour en prouver l'efficacité. Dans le rapport fait à ce sujet par M. Bricheteau à l'Académie de médecine, nous trouvons 9 cas dans lesquels les ventouses sèches ont eu des effets variables ; 7 fois la fièvre a été dissipée, bien que dans quelques uns de ces cas il y eût eu des récidives ; 2 fois le moyen a échoué, et 1 fois le succès a été douteux. M. Grisolle a obtenu un succès complet dans un cas, incomplet dans un autre. Enfin, sur 12 cas, M. Martin-Solon n'a eu que 2 succès. Il résulte de ces faits que le traitement par les ventouses sèches doit être, jusqu'à nouvel ordre, regardé comme un moyen infidèle, et ce qu'il faut principalement remarquer, c'est que souvent il exige plusieurs jours pour procurer la guérison, et que les récidives sont fréquentes.

Les ventouses sèches doivent être appliquées au nombre de dix à vingt le long

(1) *Ann. de la Flandre occidentale* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 août 1831.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 octobre 1851.
(3) *Revue méd.-chir.* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mars 1851.
(4) Voy. *Rapport de M. Bricheteau sur une méthode de traiter les fièvres interm.* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 688).

de la colonne vertébrale, et principalement à la nuque au moment de l'invasion de l'accès.

M. le docteur Élie Bellencontre (1) a proposé contre la fièvre intermittente des frictions avec l'*huile de térébenthine* et le *laudanum de Rousseau*, dans la proportion suivante :

℞ Huile essent. de térébenthine. 125 gram. | Laudanum de Rousseau...... 4 gram.

Mêlez. Pour frictions matin et soir, pendant l'apyrexie, sur la colonne vertébrale. La dose est de deux cuillerées pour chaque friction ; elle est toutefois subordonnée à l'âge et à la constitution du sujet.

M. le docteur Maillier (2), qui depuis 1846 a employé cette méthode, en a obtenu un succès constant. Il importe donc de l'expérimenter de nouveau.

Traitement de la cachexie intermittente. Les meilleurs moyens à opposer à cette cachexie sont le séjour dans un *lieu sec*, des *vêtements* qui tiennent le corps à l'abri du froid et de l'humidité, un *régime* fortifiant, les *amers*, les *toniques* et surtout les *ferrugineux*.

Contre l'œdème consécutif on emploiera les mêmes moyens et, en outre, des frictions sèches ou aromatiques, des fumigations aromatiques ; de légers laxatifs s'il y a constipation.

Il résulte des observations de M. Forget (3), de Strasbourg, que le *quinquina*, à la dose de 4 grammes d'extrait mou dans une potion, est plus efficace contre l'anasarque qui succède aux fièvres intermittentes que le sulfate de quinine lui-même. Cependant, on ne peut s'empêcher de remarquer que, dans ses observations, le quinquina a été donné après le sulfate de quinine et à une époque où la maladie pouvait avoir de la tendance à se dissiper elle-même. Il faudrait, pour nous fixer sur ce point, expérimenter le quinquina dans la période où l'anasarque se produit.

Traitement de la fièvre intermittente chez les enfants. Le traitement employé par M. Semanas consiste dans l'administration de lavements au quinquina et au sulfate de quinine, et dans des frictions avec une pommade au sulfate de quinine. Cette dernière est composée de parties égales d'axonge et de sel fébrifuge. Pour l'employer, il suffit d'en déposer toutes les heures gros comme une noisette sous les aisselles et dans le pli des aines. Quant aux lavements, voici leur composition :

Quinquina jaune royal.............................. 18 gram.

F. s. a. une décoction de 60 grammes. Ajoutez :

Sulfate de quinine......... 5 décig. | Poudre de gomme arabique.... Q. s.

Mêlez.

Ces lavements doivent être administrés à des intervalles de cinq heures. Si la fièvre est très grave, on doit les donner à des intervalles de trois heures, et porter la dose du sulfate de quinine à 8 et 10 décigrammes.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1846.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1849.
(3) *Bull. gén. de thér.*, août 1848.

ARTICLE X.

FIÈVRES PERNICIEUSES.

Après avoir décrit avec soin la fièvre intermittente simple, notre tâche à l'égard des fièvres pernicieuses se trouve très simplifiée. Il ne s'agit, en effet, que de rechercher en quoi celles-ci diffèrent des premières, et comment on peut les reconnaître.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit donner le nom de *fièvre pernicieuse* à tous les accès fébriles qui se compliquent d'accidents graves vers les principaux organes de l'économie, ou qui présentent une intensité exagérée des phénomènes de la fièvre intermittente : conditions fâcheuses et dans lesquelles les sujets, ainsi que nous l'a appris l'expérience, sont en danger de mort.

On a beaucoup écrit sur les fièvres pernicieuses. Morton (1) commença à attirer d'une manière toute spéciale l'attention des praticiens sur ces affections si graves, et, après lui, les médecins qui observaient dans les pays marécageux en donnèrent des descriptions saisissantes. Il faut citer en première ligne celles de Torti (2), qui sont consultées par tout le monde. Parmi nous, MM. Nepple (3) et Maillot (4) sont ceux qui ont traité avec le plus d'étendue les questions qui se rattachent aux fièvres pernicieuses ; mais je pourrais citer une foule de travaux intéressants sur ce sujet qui ont paru dans les recueils scientifiques ou dans des écrits séparés. Je me contenterai de mentionner un très bon mémoire que nous devons à M. le docteur Drouet (5) et dans lequel toutes les questions sont traitées avec le plus grand soin.

§ II. — Symptômes.

On a multiplié presque à l'infini les divisions. Avant de faire connaître les principales, je dirai quelques mots de la symptomatologie en général, parce que ces généralités, si elles sont bien comprises, peuvent tenir lieu de tous les détails.

Si l'on voit chez un sujet, peu de temps auparavant bien portant, survenir des symptômes très graves, *quels qu'ils soient*, on doit déjà redouter d'avoir affaire à une fièvre intermittente pernicieuse.

Si un examen attentif de tous les organes ne fait pas reconnaître une lésion profonde de l'un d'entre eux, la présomption devient plus forte.

Si l'on se trouve à une époque où sévissent les fièvres intermittentes, quel que soit le lieu où l'on est, on a une raison de plus de croire à une fièvre pernicieuse, et cette raison devient beaucoup plus forte lorsqu'on se trouve dans un pays marécageux où sévit la fièvre intermittente, ou si le pays est devenu accidentellement, par le curage des canaux, la mise à sec des étangs, etc., dans les conditions des pays marécageux.

(1) *Opera medica.* Lugduni, 1737.
(2) *Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas.* Leodii, 1821.
(3) *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes.* Paris, 1828.
(4) *Traité des fièvres intermittentes.* Paris, 1836.
(5) *Des fièvres interm. pernicieuses.* Thèse, Paris, 1845.

Si l'on apprenait que le malade a été, à une époque antérieure, atteint de fièvre intermittente, l'hésitation serait moins grande encore; et enfin si l'on savait que les accidents graves dont on est témoin ont été précédés d'accès à intervalles plus ou moins bien tranchés, on ne pourrait plus douter, dès le premier examen, qu'il s'agit d'une fièvre pernicieuse.

Tels sont les principes qui dirigent les praticiens dans les contrées où les fièvres intermittentes sont endémiques et se montrent fréquemment avec le caractère pernicieux. En les suivant et en ayant constamment l'esprit en éveil sur la possibilité de l'intermittence, on ne risque guère de tomber dans des erreurs de diagnostic, d'autant plus déplorables que le malade peut être emporté au troisième ou quatrième accès, et quelquefois même au second ou au premier.

§ III. — Formes de la maladie.

Après ces explications, les nombreuses formes qu'on a admises ne méritent plus qu'une simple mention.

L'exagération des symptômes propres aux divers stades de la fièvre intermittente donne lieu à deux fièvres principales. La première est la *fièvre algide*, dans laquelle le frisson est excessif et le malade peut succomber avec tous les signes d'un refroidissement mortel. L'intervalle apyrétique, dans cette forme, laisse les malades plus ou moins abattus et souffrants, et le stade de sueur est peu marqué. La mort survient du premier au troisième accès ordinairement.

La seconde forme est la *fièvre diaphorétique*, qui n'est autre chose que l'exagération du stade de sueur. La transpiration est excessive, et les malades peuvent succomber avec tous les signes de l'épuisement le plus complet dès le premier ou deuxième accès.

Parmi les fièvres pernicieuses qui ont pour symptômes des phénomènes graves du côté des organes importants, il n'en est pas qui se montrent plus fréquemment que celles qui présentent des *troubles nerveux*, et principalement le *délire* et le *coma*. Cette forme si fréquente de la maladie qui nous occupe a fourni surtout des arguments à ceux qui voient dans la fièvre intermittente une gastro-céphalite ou une affection céphalo-rachidienne. Quant à la théorie qui veut faire de la fièvre intermittente une gastro-céphalite, elle ne peut plus se soutenir aujourd'hui; car l'anatomie pathologique a prouvé que le cerveau et l'estomac ne présentent aucun signe d'inflammation; et d'ailleurs comment admettre qu'une inflammation assez grave pour donner lieu à d'aussi terribles symptômes cède au sulfate de quinine? Si j'ai mentionné cette théorie, c'est parce que, conduisant à un traitement antiphlogistique, elle a été extrêmement funeste.

S'il y a *coma*, on dit que la *fièvre* est *comateuse*, *léthargique*, *apoplectique*, etc.; un délire plus ou moins marqué constitue la *fièvre délirante*. Quant à la *fièvre convulsive*, on lui a donné divers noms (*épileptique*, *tétanique*, *cataleptique*, etc.), suivant que les convulsions affectent telle ou telle forme.

M. le docteur Cavaré (1) a cité un cas dans lequel les accès étaient accompagnés d'une *paralysie générale du sentiment et du mouvement;* ils avaient le type quotidien; les accidents se dissipaient pendant l'apyrexie.

(1) *Gaz. méd. de Toulouse*, juillet 1853.

On observe plus rarement des symptômes graves *du côté du cœur*. Cependant on voit chez certains sujets une douleur des plus violentes se manifester du côté de l'épigastre et de la région précordiale : c'est la *fièvre cardialgique ;* chez d'autres il survient des *syncopes* plus ou moins fréquentes : c'est la *fièvre syncopale*.

Les autres formes que j'ai encore à mentionner sont moins fréquentes et en général moins dangereuses. Ce sont, *du côté des voies digestives* et *de leurs annexes*, la *fièvre cholérique*, la *fièvre dyssentérique*, la *fièvre gastralgique*, *néphrétique*, *hépatique*.

M. le docteur Liégey (1) a observé, à l'époque où le choléra commençait à sévir dans le nord de la France, des *fièvres intermittentes à forme cholérique*. Le sulfate de quinine était encore ce qui réussissait le mieux dans ces cas particuliers.

Enfin, *du côté des voies respiratoires*, on a signalé la *fièvre asthmatique*, *aphonique*, *pleurétique* ou *pneumonique ;* les deux premières ne méritent guère d'être rangées parmi les fièvres pernicieuses.

Toutes ces formes, comme on le voit, empruntent leurs symptômes à des maladies parfaitement connues ; toute description détaillée devient par conséquent inutile.

§ IV. — Durée des accès.

Je n'ai pas encore parlé de la *durée croissante des accès*, et cependant c'est là une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, car elle doit faire craindre que la fièvre, qui peut avoir commencé comme une fièvre intermittente simple et bénigne, ne devienne pernicieuse. A mesure, en effet, que l'accès devient plus long, il peut devenir plus intense ; le quatrième et le cinquième peuvent s'accompagner d'accidents mortels, ou ne laisser entre eux aucun intervalle apyrétique pour l'administration la plus convenable du sulfate de quinine.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les fièvres pernicieuses, la rate présente, au moins dans le plus grand nombre des cas, des lésions graves. Elle est tuméfiée, souvent d'une manière très considérable ; elle est ramollie, quelquefois transformée en bouillie noirâtre, parfois même rompue. Quant aux lésions des autres organes, elles se réduisent presque constamment à de simples congestions : d'où il résulte que la perniciosité des fièvres intermittentes ne dépend nullement, comme on l'a prétendu, de ce que la fièvre est compliquée d'affections diverses, car ces congestions sont sous la dépendance de la cause délétère qui a produit la fièvre elle-même.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans les considérations précédentes, j'ai posé les bases du *diagnostic* et du *pronostic ;* je n'ai rien à ajouter ici.

§ VII. — Traitement.

C'est surtout à propos du traitement des fièvres pernicieuses qu'il s'est élevé des discussions animées. Il en est résulté quelques principes généraux qu'il importe d'examiner.

(1) *Union méd.*, 10 février 1849.

Les symptômes qu'on observe du côté des organes importants ayant surtout attiré l'attention, on a pensé qu'avant tout il fallait les combattre, et c'est surtout dans les cas de fièvre pernicieuse qu'on a posé en principe que le quinquina n'agit pas bien si l'on n'a d'abord combattu la *congestion cérébrale*, l'*état inflammatoire* général, l'*état bilieux*, etc.

J'ai examiné, sous ce point de vue très important, les observations publiées par les auteurs, et surtout celles de MM. Nepple et Maillot, et j'ai été convaincu que le temps pendant lequel on avait traité les malades par les *saignées*, les *sangsues*, les *vomitifs*, avait été un temps très malheureusement perdu. On a été trompé par la rémission qui survient naturellement après l'accès, et l'on a oublié que les moyens qui agissent véritablement sur la fièvre intermittente, pernicieuse ou non, ne sont pas ceux qui modèrent les symptômes actuellement existants, mais ceux qui agissent sur l'accès suivant, soit en le supprimant, soit en le modérant et en le retardant. Or il n'y a que le quinquina qui agisse ainsi d'une manière assez constante pour inspirer de la confiance, et, par conséquent, c'est au quinquina qu'il faut avoir recours aussitôt qu'il est possible de le faire.

Il ne s'ensuit pas qu'on doive complétement négliger les symptômes dont il s'agit; mais je dis que, tout en les traitant, on doit recourir immédiatement au fébrifuge, et qu'il vaudrait beaucoup mieux les négliger que d'y recourir de manière à retarder l'administration du remède spécifique.

On a recommandé d'attendre l'apyrexie pour l'administration du sulfate de quinine, à moins que les accès ne soient tellement rapprochés, qu'ils ne laissent pas un intervalle suffisant pour agir convenablement. Si l'on consulte encore les observations, on voit qu'on a eu maintes fois à se repentir d'avoir suivi ce précepte. Il peut arriver, en effet, que le malade succombe dans un accès prolongé, et bien qu'en pareil cas l'administration du sulfate de quinine n'ait que de faibles chances de succès, on doit se reprocher d'avoir privé le malade de ces chances, quelque faibles qu'elles soient. Mais, ce qui est bien plus grave, il peut arriver que des accès qui, jusque-là, avaient laissé des intervalles suffisants, se prolongent tout à coup de manière à ne plus laisser qu'un très court intervalle, ou à n'en plus laisser du tout. En pareil cas, l'accès suivant, qu'on n'a pas eu le temps de prévenir parce qu'on a attendu pour agir la fin du précédent, peut emporter rapidement le sujet. Je n'ai vu dans aucun cas rapporté par les auteurs que l'administration du sulfate de quinine pendant l'accès, ait eu les effets fâcheux qu'on lui attribue; moi-même, ayant été appelé pour un cas de fièvre avec délire violent, suivi de coma, je n'hésitai pas à prescrire immédiatement le sulfate de quinine, dont l'administration avait été ajournée à l'apyrexie par un autre médecin; il n'y eut aucun accident : l'accès suivant, qui commença peu de temps après la fin de celui dont je venais d'être témoin, fut beaucoup plus faible, et le troisième manqua complétement.

Pour me résumer en deux mots, je dirai qu'on doit considérer, plus qu'on ne le fait communément, le sulfate de quinine comme le remède souverain, non seulement de la fièvre intermittente, mais encore de tous les symptômes qui l'accompagnent, quelle que soit leur nature. En partant de ce principe, on agira à temps, et l'on ne se laissera pas arrêter par des considérations accessoires.

La *dose* du sulfate de quinine doit être plus considérable dans les fièvres perni-

cieuses que dans la fièvre intermittente simple. Elle varie de 1 gramme à 2 ou même 3 chez l'adulte, mais on peut très bien s'arrêter à la dose de 1 gramme à 2 grammes. Quant au *mode d'administration*, il est le même que dans la fièvre intermittente simple ; et, comme dans la fièvre intermittente simple, si l'on ne peut pas l'introduire par la bouche, il faut chercher les autres voies que j'ai mentionnées, ou plutôt il faut agir à la fois par ces diverses voies; et, en même temps qu'on a recours à l'administration par la bouche, donner des lavements avec 1, 2 ou 3 grammes de sulfate de quinine, appliquer ce sel sur une surface dénudée par un large vésicatoire, l'incorporer dans une pommade qui servira aux frictions. L'essentiel, c'est d'agir promptement et de faire absorber une assez grande quantité de sel de quinine pour s'opposer rapidement aux symptômes fâcheux de la fièvre.

Maintenant il suffit d'ajouter que les états comateux, délirant, inflammatoire, diarrhéique, doivent être traités par les moyens appropriés et bien connus des médecins (opium, sangsues, vésicatoires, etc.). Mais, je le répète encore, qu'on ne voie en eux que des auxiliaires qui doivent marcher après le sulfate de quinine.

Ce que j'ai dit plus haut relativement au *quinquina* pourrait être répété ici. Qu'on n'oublie pas seulement qu'il faut forcer les doses.

ARTICLE XI.

FIÈVRE RÉMITTENTE.

La fièvre rémittente, que les Anglais et les Américains appellent *bilious remittent fever*, et à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de *fièvre congestive*, est une affection de la nature de la fièvre intermittente ; seulement le mouvement fébrile est continu, mais avec des exacerbations marquées et périodiques, et les symptômes concomitants persistent avec une plus ou moins grande intensité.

D'après cela, on voit qu'il serait inutile de donner une description détaillée de cette fièvre, déjà signalée par Hippocrate, comme l'a démontré M. Littré (1), et mieux décrite dans ces dernières années qu'elle ne l'avait été encore, par MM. Stewardson (2) et Bartlett (3). Il suffira d'une description de ses phénomènes principaux.

La fièvre rémittente ne se montre que dans les pays *chauds et marécageux;* on l'observe en Grèce, en Amérique, dans les Indes orientales ; dans quelques unes de nos contrées méridionales, etc.

Cette fièvre est caractérisée, suivant M. Bartlett, qui a étudié avec soin les phénomènes qui la distinguent de toutes les autres fièvres (4), par un *début plus brusque* que celui des fièvres continues proprement dites; par un *frisson* initial, qui se renouvelle ensuite périodiquement dans un bon nombre de cas, mais non dans tous: par une *exacerbation* marquée *de la chaleur* à des intervalles réguliers, par une *couleur jaunâtre de la peau* dans beaucoup de cas, par une *céphalalgie* augmentant dans les paroxysmes, par le peu d'intensité des *symptômes cérébraux* et leur

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate.*
(2) *The Amer. Journ.*, 1841 et 1842.
(3) *The hist., diagn. and treat.*, etc. Philadelphie, 1842.
(4) *Loc. cit.*, p. 388 et suiv.

peu de fréquence, par une médiocre accélération du *pouls*, par des *nausées* et des vomissements bilieux remarquables.

On voit, par cette description, que ce qu'il faut surtout s'attacher à noter dans cette maladie, c'est le retour des exacerbations fébriles; aussi les médecins qui exercent dans les pays chauds et marécageux ont-ils, avec raison, le plus grand égard à ces paroxysmes, quelle que soit la physionomie de la fièvre.

La fièvre rémittente peut être très promptement funeste, comme les fièvres pernicieuses; mais le plus souvent elle se prolonge pendant un temps assez long, et il n'est pas rare de la voir durer 20, 30 et même 40 jours.

Parfois on voit la fièvre, d'abord rémittente, se transformer en fièvre franchement intermittente; parfois aussi on la voit prendre, après un certain nombre de paroxysmes, le type continu.

Les *lésions anatomiques* ne diffèrent pas sensiblement de celles de la fièvre intermittente, pernicieuse ou non. Cependant M. Stewardson, ayant trouvé dans tous les cas une couleur bronzée olivâtre du foie, et une augmentation de volume de cet organe, jointe à un certain ramollissement dans la plupart des cas, a pensé que c'était là le caractère anatomique essentiel de la fièvre rémittente; mais ce fait paraît fort douteux, et M. Stewardson fait remarquer lui-même que le nombre des cas observés par lui est encore trop peu considérable.

Le *traitement* de la fièvre rémittente est le même que celui des fièvres intermittentes ordinaires ou pernicieuses, suivant la gravité des cas. Toutefois il faut se rappeler que tous les auteurs qui ont étudié particulièrement cette maladie ont signalé les dangers des émissions sanguines, soit générales, soit locales.

ARTICLE XII.

FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.

La *fièvre pseudo-continue* n'est autre chose qu'une fièvre intermittente qui ne laisse plus d'intervalle d'apyrexie, et qui, suivant les auteurs qui ont été à même de l'observer, est de nature à en imposer nécessairement pour une fièvre continue à quiconque ne serait pas prévenu. Telle est, en particulier, l'assertion positive de M. Maillot. Cependant, si l'on étudie les observations fournies par les auteurs, on voit qu'il n'en est pas qui ne présentent, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des exacerbations que tout observateur attentif doit saisir, surtout si l'on pratique dans un pays marécageux. Il faut en revenir toujours à ce précepte, que *quelle que soit la maladie aiguë qu'on ait à traiter, lorsque le cas est grave, on ne doit jamais perdre de vue la possibilité de l'intermittence.* Avec cette attention, on ne risquera pas de tomber dans les funestes erreurs de diagnostic dont on nous a cité de nombreux exemples.

Tout ce qu'il importe de dire de la fièvre pseudo-continue, c'est que cette forme se présente presque constamment avec le caractère pernicieux; que quelquefois le type continu se déclare tout d'abord, tandis que, dans certains cas, il y a eu préalablement une intermittence plus ou moins tranchée; que les accidents, du côté des centres nerveux, sont les plus fréquents, et que le *traitement* doit être celui des fièvres intermittentes graves. Tout autre détail serait inutile.



ARTICLE XIII.

FIÈVRES LARVÉES.

Je n'ai pas davantage à m'étendre sur les *fièvres larvées*. On a donné ce nom à toutes les affections qui sont caractérisées par des accès périodiques cédant au sulfate de quinine, quels que soient leurs symptômes. C'est ainsi que les *névralgies*, les *convulsions*, la *céphalée*, le *hoquet* et beaucoup d'autres affections offrent des exemples dans lesquels la périodicité est évidente.

Ici encore, c'est au médecin à suivre soigneusement la marche de la maladie et à donner une attention sérieuse à l'intermittence. Cela est d'autant plus nécessaire, que parfois les fièvres larvées peuvent être pernicieuses. J'ai vu, pour ma part, une petite fille de six ans succomber au cinquième accès de convulsions non fébriles, dont l'intermittence périodique avait été méconnue. Je fus appelé au moment où l'enfant expirait.

Le *traitement* est toujours le même. Le sulfate de quinine, voilà le remède auquel il faut avoir recours tout d'abord, quand le caractère périodique existe réellement. Seulement il peut arriver que, malgré le retour périodique des accès, le sulfate de quinine reste sans effet : c'est ce que j'ai fait remarquer à l'occasion des *névralgies* (1) ; mais, en pareil cas, le sulfate de quinine n'a aucun danger, et l'on peut ensuite recourir avec plus de sécurité aux remèdes ordinaires.

ARTICLE XIV.

GRIPPE.

On n'est pas bien d'accord sur ce qu'il faut entendre par le mot *grippe*. Les uns le regardent comme un simple synonyme de bronchite; d'autres s'en sont servis pour désigner une affection générale avec accidents locaux vers les voies respiratoires; d'autres enfin appellent grippe toute affection catarrhale épidémique avec prédominance des symptômes généraux, qu'elle ait son siége dans les voies respiratoires ou dans les voies digestives.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour moi, la grippe est une affection générale, fébrile, essentiellement épidémique, caractérisée localement par une inflammation des muqueuses des voies respiratoires. Il y a exagération à vouloir rapporter, pendant une épidémie, à la seule grippe, toutes les affections fébriles qui se déclarent, et l'on doit reconnaître que les symptômes abdominaux qui se manifestent dans certains cas sont secondaires.

Il résulte des recherches historiques de M. Raige-Delorme (2), que les premières descriptions de cette maladie ne datent que de la fin du XVI[e] siècle. Depuis cette époque, on a vu apparaître plusieurs épidémies de grippe remarquables par l'étendue des pays qu'elles ont atteints, et dans celles que nous avons pu observer

(1) *Traité des névralgies.*
(2) *Dict. de méd.*, art. GRIPPE.

depuis 1830, nous avons vu la maladie se montrer à la fois à Londres, à Paris, dans les provinces, en Espagne et en Italie. C'est là un des caractères les plus remarquables de cette affection.

§ II. — Causes.

Nous ne connaissons pas les véritables causes de cette affection épidémique. Cependant il est d'observation que généralement elle se développe dans les mois froids et humides de l'année.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont décrit une grippe *céphalique*, *pectorale*, *abdominale ;* quelques-uns même ont admis une grippe *rhumatismale*, *convulsive*, *syncopale*, etc.; c'est tomber dans tous les inconvénients des formes des fièvres que j'ai montrés plus haut. La prédominance de quelques symptômes a fait perdre de vue l'ensemble de l'affection.

De toutes les épidémies qu'il nous a été donné d'observer, il n'en est aucune qui ait présenté des symptômes plus caractéristiques et plus intenses que celle de 1837. Je l'ai décrite d'après un nombre considérable de faits observés avec soin (1), et elle a donné lieu à des publications intéressantes de la part de MM. Landouzy, Pétrequin, Nonat et plusieurs autres auteurs.

La grippe *débute* par du malaise, de la sensibilité au froid, un abattement marqué, la céphalalgie et l'anorexie.

Quand la maladie est confirmée, on observe les phénomènes suivants : la *céphalalgie* est généralement violente, quelquefois excessive, presque toujours générale, mais plus marquée à la région frontale ; les malades sont absorbés, un bon nombre éprouvent des vertiges et quelques uns des bourdonnements d'oreille.

La *face* est anxieuse, rouge, animée ; les yeux sont brillants et larmoyants.

Il y a en même temps un *brisement des membres*, semblable à celui de la courbature ; les forces sont abattues et la prostration est parfois extrême.

Le chatouillement, la chaleur des narines, les picotements, des *éternuments* fréquents annoncent l'apparition du *coryza*, qui est, dans un certain nombre de cas, d'une grande violence. Au bout de peu de temps, il se fait par les narines une excrétion de mucus limpide qui est quelquefois tellement abondante, qu'un grand nombre de mouchoirs en sont complétement mouillés. Les *épistaxis* sont fréquentes.

Un *mal de gorge* d'une intensité ordinairement médiocre se déclare peu après le coryza ou en même temps que lui. Puis surviennent des chatouillements derrière le sternum, une *toux* plus ou moins fréquente, et tous les symptômes d'une bronchite intense se manifestent. Cependant l'auscultation ne fait reconnaître la présence d'un peu de *râle sous-crépitant* que dans quelques cas peu nombreux, et ce n'est pas là une des particularités les moins remarquables de l'affection.

Les *yeux* deviennent plus rouges, plus larmoyants, quelquefois gonflés, et la lumière est difficilement supportée.

La *langue* est blanche, pâteuse ; la *soif* médiocre, l'*appétit* perdu. Du côté de

(1) *Presse médicale*, 1837.

l'*abdomen*, on n'observe ordinairement qu'un peu de constipation ; mais dans certains cas il y a de la *diarrhée* avec quelques coliques, et ce sont les cas peu fréquents, dans lesquels ces derniers symptômes se montrent avec une intensité insolite, qui ont fait admettre une grippe abdominale, comme l'exagération des douleurs des membres a fait admettre une grippe rhumatismale. Chez quelques malades on observe des *vomissements.*

Pendant que ces symptômes existent, la *chaleur* est élevée, assez souvent halitueuse. Le *pouls* est accéléré. Il conserve sa régularité. Quelques sujets éprouvent des *lipothymies* (*grippe syncopale de quelques auteurs*).

C'est surtout vers le soir que les phénomènes fébriles se montrent avec le plus de violence, et pendant les exacerbations tous les symptômes que je viens de mentionner acquièrent une plus grande intensité. C'est alors que la céphalalgie devient plus aiguë et que les efforts de la toux en augmentent la violence. Dans un certain nombre de cas, le *sommeil* est très agité, et il y a même un léger délire.

Tous ces symptômes se calment ordinairement avec une grande promptitude. La céphalalgie disparaît, le coryza s'apaise, la toux devient plus facile, et il ne reste que les symptômes d'une bronchite ordinaire avec une faiblesse plus ou moins grande. Dans quelques cas néanmoins, la *convalescence* est longue, l'appétit se rétablit lentement, et les malades restent abattus pendant un nombre de jours qui n'est pas en rapport avec la courte durée de la maladie.

Dans le cours des épidémies de grippe, ou plutôt vers leur fin, il est ordinaire de voir survenir des maladies plus graves qui augmentent beaucoup la mortalité ordinaire. Ce sont principalement des *pneumonies.* Quel est le rapport de ces affections avec la grippe elle-même? C'est ce qui n'a pas été suffisamment établi. En 1837, la plupart des observateurs ont rattaché à la grippe les pneumonies nombreuses qui survinrent, trouvant qu'elles empruntaient des caractères particuliers de l'épidémie régnante. Mais le fait n'a pas été suffisamment démontré. M. Nonat trouva dans les bronches de plusieurs sujets morts de pneumonie des *productions pseudo-membraneuses ;* mais, dans la plupart des cas, les pneumonies eurent leurs caractères ordinaires, et si elles furent plus fréquentes dans un temps donné, c'est peut-être parce que, jusque-là, l'hiver s'était passé sans que le nombre ordinaire de ces affections se fût montré.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la grippe est ordinairement rapide. En 36 ou 48 heures, beaucoup de malades se trouvent presque complétement guéris ; mais la *durée* de la maladie peut être de 4 à 8 ou 10 jours. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de la convalescence.

La *terminaison* ordinaire de la maladie est la guérison. Mais elle semble prédisposer les sujets, et surtout les vieillards, à d'autres affections plus graves qui causent la mort, et produisent cette augmentation de la mortalité dont j'ai parlé plus haut.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Les détails dans lesquels je suis entré suffisent pour établir le *diagnostic* et le *pronostic ;* je ne m'arrêterai pas à ces points. Je n'insisterai pas davantage sur les

sions anatomiques. Je n'aurais à mentionner que celles qui résultent de ce que on a appelé des complications.

§ VI. — Traitement.

Le traitement, lorsque l'affection est simple, est extrêmement simple lui-même. Le pos, des boissons adoucissantes, quelques calmants, des fumigations émollientes ns les voies respiratoires, tenir le ventre libre dans les cas de constipation, des vements laudanisés dans le cas contraire, des bains de pied sinapisés, tels nt les moyens qui procurent un prompt soulagement.

Dans les cas dont j'ai donné l'analyse, la pneumonie survenue à la suite de la ippe n'a pas exigé d'autres moyens que ceux d'une pneumonie ordinaire. Cependant quelques médecins, trouvant le pouls faible, la réaction peu vive, la faiesse considérable, ont conseillé les *toniques.* Rien ne prouve que cette médicaon doive être conseillée d'une manière générale.

M. le docteur Peebles (1) recommande le traitement suivant :

℞ Feuilles sèches d'eupatoire (*eupatorium perfoliatum*)..	30 gram.
Eau bouillante...............................	500 gram.

Laissez infuser. Administrez une tasse de cette infusion toutes les demi-heures.

Après la quatrième ou cinquième tasse il y a des nausées, quelquefois des voissements, puis une transpiration et une expectoration abondantes. Alors on se ntente d'administrer l'infusion par tasses à trois ou quatre heures d'intervalle.

LIVRE ONZIÈME.

Maladies communiquées à l'homme par les animaux.

Je réunis dans ce livre les affections que les animaux transmettent à l'homme r infection, par contagion, par morsure ou par piqûre (2). Mon intention n'est s de décrire toutes les petites lésions que peuvent produire les animaux par leur ntact ou par leurs blessures venimeuses; je ne veux m'occuper que des affecons principales. Je vais commencer par la morve et le farcin, affections dont istence chez l'homme n'a été définitivement reconnue en France que depuis petit nombre d'années.

CHAPITRE PREMIER.

MORVE. FARCIN.

La *morve* et le *farcin* sont deux affections de la même nature et toutes spéciales, ui n'ont été bien connues que dans ces dernières années, et qu'il importe de dérire à part.

(1) *The Amer. Journ.*, et *Revue méd.-chir. de Paris*, janvier 1848.
(2) Voy. Weissière; *Des maladies transmissibles des animaux à l'homme*, etc. Paris, 1853.

Suivant M. Ricord (1) et M. Beau (2), l'épidémie du quinzième siècle, qui eut lieu au siége de Naples, serait un mélange des anciens maux vénériens avec la morve. Ce dernier auteur s'est fondé sur un passage d'un ouvrage de Lafosse sur la morve des chevaux; mais c'est à Waldinger qu'on rapporte la première observation de la transmission de la morve du cheval à l'homme (1810). En 1812, Lorin (3) publia un fait qui prouva l'exactitude de cette assertion; et depuis lors jusqu'en 1833, on rapporta un certain nombre d'observations, tant en Allemagne qu'en Italie et en Angleterre, qui ne laissent aucun doute à cet égard. En 1833, fut publié le mémoire du docteur Elliotson (4), qui fit connaître quatre nouveaux cas de morve aiguë; puis parurent d'autres observations, et enfin, en 1837, M. Rayer (5) traça une description détaillée de cette affection. Depuis lors, il ne s'est pas passé d'année où des faits semblables ne se soient présentés dans les hôpitaux, et nous avons vu paraître sur ce sujet un bon nombre de travaux parmi lesquels je citerai ceux de MM. Vigla (6), Ambr. Tardieu (7), Monneret, Landouzy, et plusieurs autres que j'aurai à mentionner dans le cours de cet article.

ARTICLE Ier.

MORVE AIGUE.

La *morve aiguë* est celle qui, chez l'homme, se présente le plus souvent à l'observation, et dont les symptômes sont le plus violents. Nous pouvons aujourd'hui en donner une description complète.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *morve aiguë* à une affection fébrile, virulente, ne se déclarant jamais spontanément chez l'homme, mais se transmettant du cheval à l'homme, et de celui-ci à son semblable par inoculation, et, suivant quelques auteurs, par infection. Un fait cité par M. Teissier, de Lyon, et que je mentionnerai plus loin, semblerait prouver qu'elle peut se développer *spontanément* chez l'homme.

Cette affection est caractérisée par une sécrétion particulière des narines, à laquelle on a donné le nom de *jetage*, et par des altérations spéciales de la peau et du tissu cellulaire.

Cette maladie a été décrite sous les noms de *Farcin*, de *Jetage*, de *Glandage*, noms empruntés à la pathologie des animaux. MM. Cazenave et Schedel (8) lui conservent le nom d'*Equinia*, que lui a donné le docteur Elliotson, et qui rappelle son origine.

(1) *Lettres sur la syphilis* (*Union méd.*, 6 juin 1850).
(2) *Documents hist. sur l'opinion de M. Ricord, qui rattache l'épidémie du* XVe *siècle à la morve* (*Union médicale*, 15 juin 1850).
(3) *Journ. de méd. chir. et pharm.*
(4) *On the glanders in the human subject* (*Med. chir. Transact.*, London, 1833, t. XVI, p. 171).
(5) *De la morve et du farcin chez l'homme*. Paris, 1837, in-4 avec fig.
(6) Thèse, Paris, 1839.
(7) *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*. Paris, 1843.
(8) *Traité des malad. de la peau.*

§ II. — **Causes.**

Si d'abord on a pu admettre que la morve se développe spontanément chez 'homme, c'est qu'on ne possédait pas encore un assez grand nombre de faits bien bservés ; aujourd'hui il me paraît démontré que cette maladie ne peut se trans-ettre que par *contagion*. La contagion s'opère, soit par *infection*, soit par *inocu-tion*. De toutes les *causes prédisposantes* qu'on a citées, il n'en est aucune qui érite d'être signalée ici. L'infection a lieu presque toujours du cheval à l'homme ; s palefreniers, les charretiers, ceux qui couchent dans les écuries et qui sont long-mps en contact avec les chevaux, sont les plus exposés à la contracter ; mais elquefois on l'a vue se produire chez des sujets qui étaient restés très peu de mps auprès des chevaux malades.

On a cité quelques cas d'*infection d'homme à homme*, chez des sujets qui avaient igné des malades ; celui qu'a rapporté A. Bérard (1) est le plus remarquable. ependant l'élève qui avait contracté la morve avait pansé le malade, et avait aidé tivement à l'autopsie ; de sorte que, même dans ce cas, on peut se demander s'il 'y avait pas inoculation.

La contagion par inoculation est la plus fréquente ; il suffit d'une simple *écor-ure* chez les individus qui pansent les chevaux, pour que le virus s'introduise ns l'économie. M. le docteur Carnevale-Arella (2) a rapporté un cas de morve en caractérisée observé chez un homme qui avait reçu au visage une grande antité de liquide du jetage du cheval, et M. Mackensie (3) en a rapporté un tout ait semblable. On a cité des cas dans lesquels l'action de *boire dans le même seau e les chevaux malades* a déterminé la morve ; dans un cas, ce fut une morsure la joue ; enfin, de quelques faits rapportés par Hamon (4), et dans lesquels voit la morve se déclarer chez des carnassiers qui s'étaient nourris de chevaux alades, on a conclu que la chair du cheval morveux pourrait produire cette ma-lie chez l'homme.

M. Duclos (5) a cité un cas très intéressant de morve aiguë chez une femme qui vait jamais été en contact avec les chevaux, et qui était *occupée à détresser les ins que l'on tord dans les abattoirs*. C'est sans doute à cette circonstance qu'est le développement de la maladie.

Quelquefois il est impossible de remonter à la cause occasionnelle; ainsi M. Teis-r (6), de Lyon, a recueilli une observation de ce genre chez une femme, ouvrière soie, et qui n'avait eu aucun contact direct ou indirect avec des chevaux ou individus atteints de maladie. Rien dans ce fait ne peut faire supposer qu'il ne gisse pas dans ce cas d'une morve aiguë spontanée ; le pus fut inoculé à un eval qui succomba en dix jours.

§ III. — **Symptômes.**

Comme dans toutes les maladies développées par contagion, il y a dans la morve

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1841, t. VII, p. 182.
(2) *Giorn. delle scienze med. d Torino*, t. XXIX.
(3) *Lond. Journ. of med.*, septembre 1851.
(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, juin 1839, t. III, p. 990.
(5) *Journ. de méd.*, juillet 1846.
(6) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 juillet 1852, t. XVII, p. 878.

aiguë une période d'*incubation ;* cette période a une durée qui n'est pas bien connue. Suivant quelques auteurs, lorsque la maladie est transmise par infection, elle peut se prolonger pendant une ou deux semaines et plus ; dans les cas où elle se développe à la suite de l'inoculation, l'incubation varie de vingt-quatre ou trente-six heures à trois ou quatre jours.

Début. Le début est différent suivant que la maladie s'est développée par infection ou par inoculation. *Dans le premier cas*, il y a du malaise, un brisement des membres plus ou moins marqué, un frisson intense et prolongé, ou bien des frissons erratiques, une prostration extrême, parfois des nausées et des vomissements, de la diarrhée, une céphalalgie ordinairement violente.

Lorsque la maladie est le résultat de l'inoculation, on voit presque constamment, pendant quelques jours, survenir les symptômes locaux suivants : rougeur, tension, douleur, aspect érysipélateux du point où a été appliqué le virus et des points environnants ; s'il existait une plaie, les bords en sont blafards et fongueux ; le pus est sanieux ; on trouve les signes d'une phlébite ou d'une lymphangite, avec engorgement des ganglions, avec suppuration du tissu cellulaire, etc. Quelquefois les symptômes généraux précédemment décrits se montrent presque en même temps que les symptômes locaux.

Dans un cas cité par M. Marchant (1), la maladie débuta comme une fièvre intermittente tierce.

Enfin, la plupart des cas de morve chronique se terminent par une morve aiguë, et alors celle-ci débute comme dans le cas de transmission par infection.

Symptômes de la maladie confirmée. Les *douleurs* articulaires du début ne tardent pas à prendre une intensité considérable ; elles ressemblent à celles du rhumatisme articulaire aigu, et se font sentir principalement dans les épaules, les coudes et les genoux. La douleur occupe un nombre d'articulations très variable. N'ayant quelquefois que le simple caractère d'un engourdissement, elle est très vive et déchirante chez certains sujets ; dans quelques cas seulement, la douleur s'accompagne de gonflement, de rougeur et de chaleur, comme dans le rhumatisme articulaire aigu. Plus rarement on trouve dans la continuité des membres, ou dans le tronc, des douleurs qui ressemblent à celles du rhumatisme musculaire.

Un des symptômes les plus remarquables est l'apparition de l'*érysipèle de la face*, ou plutôt d'une inflammation des parties molles de la face, occupant principalement le nez, les yeux et les parties voisines, et consistant dans une rougeur jaunâtre ou livide, un gonflement des tissus, et un empâtement marqué. Les paupières envahies, sont gonflées, et la muqueuse palpébrale sécrète un liquide jaune, épais et âcre. Il n'est pas rare de voir cet érysipèle se propager au cuir chevelu.

Une inflammation semblable peut se montrer au niveau des articulations dans la continuité des membres, ou sur une partie du tronc ; elle est le prélude de la formation d'un *abcès* dans le tissu cellulaire sous-cutané ; les abcès de ce genre se manifestent principalement à la face, au niveau des articulations, vers le crâne, l'aisselle, etc.

Quelquefois ces abcès sont extrêmement nombreux, et occupent non seulement le tissu cellulaire, mais l'épaisseur des muscles ; ils se montrent alors dans les ré-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1839.

gions du corps les plus variées, et principalement aux mollets; le pus qu'ils contiennent est de mauvaise nature, séreux, fétide, contenant parfois des bourbillons gangréneux.

Des pustules de différentes formes apparaissent sur les diverses parties du corps, elles commencent par de petites taches rouges, suivies d'une papule blanchâtre, et bientôt après de la formation du pus. Ces pustules sont entourées d'une aréole rose, et parfois elles sont placées sur une tuméfaction rouge du derme, semblable à une plaque d'urticaire; les unes sont pointues, les autres aplaties; quelquefois une grosse pustule est entourée d'un nombre plus ou moins considérable d'autres petites. Le pus qu'elles contiennent est jaunâtre, et quelquefois une certaine quantité de sang qui s'y mêle donne à la pustule un aspect violacé.

Ces pustules occupent principalement la face; mais on en voit parfois un grand nombre sur le tronc et sur les membres, et la maladie pourrait alors simuler certaines varioles; quelquefois elles sont presque confluentes.

Dans certains points, ce ne sont pas de simples pustules, mais bien des *phlyctènes*, des *bulles* d'une étendue variable, pleines d'un liquide sanguinolent et noirâtre; dans quelques cas, on a vu apparaître des espèces de tubercules rougeâtres, semblables à des *nævi*, et qui se déchirent très promptement.

Des *escarres gangréneuses* se montrant sur les points occupés par l'inflammation érysipélateuse, ou sur d'autres parties de la peau, ou encore sur des muqueuses, sur des surfaces dénudées par des vésicatoires, sont encore des symptômes communs de la maladie. Quelquefois la gangrène envahit une grande étendue des tissus.

Des *ulcérations* occupant soit la base des pustules, soit, ce qui est bien plus fréquent, les surfaces muqueuses, et principalement les fosses nasales, le voile du palais et le pharynx, ne tardent pas à s'ajouter aux symptômes locaux.

Une sensation de plénitude, quelquefois de chaleur, et d'une douleur légère, annonce le *coryza spécial* qui se rencontre dans cette maladie; bientôt le sentiment d'obstruction augmente, et l'on voit s'écouler par les deux narines, quelquefois par une seule, un liquide d'abord blanchâtre et visqueux, mêlé de quelques stries de sang, puis purulent et jaunâtre : c'est ce qu'on a appelé le *jetage*. En même temps le passage de l'air dans les fosses nasales est difficile. Parfois les ulcérations, les escarres qui donnent lieu à ce jetage détruisent profondément les tissus, et l'on a vu la cloison du nez complétement perforée.

Du côté de la *bouche*, on trouve des ulcérations, des gangrènes semblables, avec tuméfaction des tissus, et un écoulement analogue à celui des fosses nasales. Des symptômes du même genre se montrent dans le pharynx, et l'on observe la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. La *langue*, lorsque la maladie est intense, est quelquefois rétractée, dure, comme dans les fièvres graves, et présente quelques pustules; au début, au contraire, elle reste molle, et n'offre qu'un léger enduit.

L'*appétit* est complétement perdu, la *soif* très vive; les *vomissements* sont rares. Le *ventre*, normal au début, devient, dans quelques cas, météorisé, et plus ou moins douloureux à la pression. Il existe ordinairement, dans les premiers temps, de la *constipation;* mais vers la fin de la maladie il est ordinaire de voir survenir des *selles diarrhéiques* fétides, parfois involontaires.

Par suite des lésions qui occupent le pharynx et qui peuvent s'étendre à l'*épiglotte* et au *larynx*, la voix est souvent altérée, éteinte; quelquefois l'*haleine* est très fétide. Il existe une *toux* sèche, avec *expectoration* muqueuse, sans caractère particulier; parfois les malades rejettent des crachats rouillés et sales. Quelquefois seulement l'auscultation fait entendre un peu de *râle sibilant ou muqueux;* vers la fin de la maladie, la *respiration* devient accélérée et laborieuse.

Le *pouls* est toujours fréquent; il le devient de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès; sa fréquence varie de 120 à 150 pulsations, généralement faibles et dépressibles; il devient irrégulier et intermittent aux approches de la mort.

J'ai dit plus haut qu'un certain nombre de malades présentaient des *épistaxis* au début; ces *hémorrhagies* peuvent se reproduire plus tard, et l'on en voit d'autres se montrer du côté de l'intestin ou dans les muscles.

A mesure que la maladie marche, la *prostration* fait des progrès sensibles, les malades sont frappés de crainte, leur sommeil est agité, ils ont des rêvasseries, et enfin un *délire* continu ou alternant avec le *coma.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve aiguë paraît, pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus, assez lente; ce ne sont d'abord que des frissons, de la courbature et des douleurs; mais au bout de ce temps, surviennent les symptômes d'une fièvre violente, et peu après les signes locaux caractéristiques de l'affection. On a vu là trois périodes distinctes : la première a reçu le nom de *période rhumatismale*, la seconde celui de *période typhoïde*, et la troisième pourrait être désignée par celui de *période de la maladie confirmée.* On a cité quelques cas dans lesquels la première période aurait duré un mois, six semaines, et plus encore ; mais il est probable qu'en pareil cas la maladie avait débuté par un farcin chronique qui s'est transformé en morve aiguë.

La *durée* de la maladie, dans un certain nombre de cas de morve aiguë primitive, rassemblés par les auteurs du *Compendium*, a été de trois jours à vingt-neuf. Tous les cas que nous connaissons ont eu une terminaison fatale, à l'exception de deux seulement. Le premier a été observé par le docteur Carnevale-Arella (1) ; le second, par M. Mackensie (2). Il est remarquable que dans les deux cas cités par ces médecins, le mode d'infection avait été le même.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je signalerai très rapidement les lésions anatomiques, dont les principales, observables sur le vivant, ont été décrites. Ce sont les pustules, les bulles, les tubercules, les ulcérations indiquées plus haut; l'épaississement, la suppuration du derme ; les abcès du tissu cellulaire et des muscles, abcès souvent nombreux, pouvant occuper presque toutes les parties du corps, et contenant ordinairement un pus de mauvaise nature ; des traces d'inflammation des articulations, la dénudation, le ramollissement, la carie des os ; l'injection de la muqueuse pituitaire, son épais-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

sissement, son ramollissement, des ecchymoses dans son épaisseur; des escarres gangréneuses, des pustules, des ulcérations, la destruction des tissus; les traces des lésions observées dans la bouche, des altérations semblables sur l'épiglotte et dans le larynx; des ecchymoses à la surface des poumons, des taches apoplectiformes, des tumeurs formées par une substance jaune lardacée, des abcès parenchymateux; autour de ces lésions, le tissu des poumons sain ou congestionné, ou ramolli; quelquefois des ulcérations dans le gros intestin (Landouzy); fréquemment la congestion, le ramollissement, l'augmentation de volume de la rate. MM. Burguières et Vigla ont plusieurs fois rencontré une inflammation manifeste de quelques veines. Le sang est tantôt coagulé, tantôt fluide; dans un cas, MM. Nonat et Bouley ont cru y rencontrer la présence de globules purulents; les ganglions lymphatiques, affectés pendant la vie, sont gonflés, mous et rougeâtres; quelquefois ils présentent des points purulents. Les autres lésions signalées par quelques auteurs n'ont rien de constant.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Aujourd'hui que nous possédons un assez grand nombre de cas de morve aiguë bien observés, le diagnostic de cette affection ne présente pas de grandes difficultés: les pustules, les bulles, le coryza particulier, l'érysipèle, les douleurs articulaires suffisent pour faire distinguer cette maladie de la *fièvre typhoïde*.

Un *érysipèle de la face*, n'occupant d'abord qu'un seul côté avec écoulement nasal plus ou moins abondant, pourrait en imposer pour un cas de morve aiguë, surtout si, comme chez un sujet que j'ai observé récemment, il y avait en même temps une violente angine et des symptômes fébriles intenses; mais l'absence des pustules, des bulles et des tubercules dans d'autres parties du corps que celle qui est occupée par l'érysipèle, et aussi l'absence des douleurs articulaires, des escarres gangréneuses, feront éviter l'erreur.

Les mêmes signes ont servi à M. Vigla pour distinguer, de la maladie qui nous occcupe, une *phlébite de la face*, avec inflammation de l'orbite et des fosses nasales. L'absence des éruptions cutanées et des lésions des fosses nasales ne permet pas de confondre la morve aiguë avec la *résorption purulente*. Quant aux autres maladies mentionnées par quelques auteurs, il n'est pas nécessaire de les examiner ici, car l'erreur est impossible.

Je n'ai pas besoin de dire combien le *pronostic* est grave, puisque, jusqu'à présent, la maladie s'est presque toujours terminée par la mort.

§ VII. — Traitement.

Je ne saurais insister sur un traitement qui non seulement n'a pas guéri les malades, mais même ne leur a procuré aucun soulagement; je dirai seulement qu'on a mis tour à tour en usage les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, les toniques de toute espèce, les narcotiques, les antispasmodiques, et qu'on a conseillé le mercure à haute dose, ainsi que le sulfate de quinine à dose croissante.

Dans le cas rapporté par M. Carnevale-Arella (1), le traitement consista en *cinq saignées en trois jours*, en *cataplasmes émollients* autour du cou, en *émollients hui-*

(1) *Loc. cit.*

leux à l'intérieur et en quelques *narcotiques*. Dans le cas rapporté par M. Mackensie, ce médecin prescrivit immédiatement 2 grammes d'ipécacuanha ; après le vomissement, 25 centigrammes toutes les heures de sesquicarbonate d'ammoniaque dissous dans le moins d'eau possible ; gargarisme avec le chlorure de chaux ; alimentation substantielle, eau vineuse, opiacés le soir. Le malade sortit de l'hôpital après dix jours de traitement (*loc. cit.*).

Mais je n'insiste pas davantage, car il est évident que c'est aux médecins, dans des cas semblables, à chercher s'ils peuvent, par un moyen quelconque, enrayer cette maladie. C'est seulement quand on aura atteint ce but qu'il sera utile d'indiquer le traitement le plus convenable pour les symptômes locaux, et en particulier pour les ulcérations et les escarres.

ARTICLE II.

MORVE CHRONIQUE.

Il est rare que la *morve chronique* soit une affection primitive. Elle succède presque toujours au farcin, et, dans ce cas, on lui donne le nom de *morve farcineuse*. Nous n'avons, pour étudier cette affection, qu'un petit nombre de faits. Les deux principaux sont dus à M. Tardieu (1), à qui j'emprunte la description suivante :

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La morve chronique est une affection contagieuse, caractérisée principalement par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aériennes, des douleurs articulaires et musculaires, et des symptômes de cachexie. Cette maladie est rare chez l'homme.

§ II. — Causes.

La seule *cause* de la morve chronique est la transmission de la morve ou du farcin des solipèdes à l'homme.

§ III. — Symptômes.

Cette affection est presque toujours précédée du farcin chronique. Le *début* est différent, suivant qu'il en est ainsi ou qu'elle se montre primitivement.

Lorsque la morve chronique succède au farcin, on voit, au bout d'un temps variable, survenir des symptômes, du côté des fosses nasales, qui annoncent l'apparition de la nouvelle maladie. *Lorsqu'elle se produit d'emblée*, le malade, après avoir ressenti du malaise, de la fatigue, de l'affaiblissement, des douleurs très vives dans les membres et les articulations, et quelquefois une *pleurodynie* excessivement pénible, est pris successivement, ou en même temps, de toux et de mal de gorge, puis d'un enchifrènement très gênant.

Symptômes de la maladie confirmée. « Dans les deux cas, dit M. Tardieu, le mal de gorge ou la toux paraissent ordinairement avant la gêne des fosses nasales. Une *douleur* se fait sentir *dans la trachée*, il y a comme étranglement ; la *voix* s'altère et peut même s'éteindre. Ce symptôme disparaît du reste quelquefois

(1) Voy. *loc. cit.*, p. 101 et suiv.

près un certain temps. La *toux* s'accompagne de dyspnée et d'une *expectoration* lus ou moins abondante, qui manque souvent. Ces troubles des fonctions respiratoires ne sont pas toujours bornés ainsi; une véritable bronchite capillaire, une neumonie même, peuvent survenir dans le cours de la morve chronique, et donner lieu à des phénomènes réactionnels assez aigus. Le malade se plaint bientôt d'un *enchifrènement* qu'il est facile de reconnaître à ses reniflements continuels; s *narines* semblent bouchées et donnent difficilement passage à l'air; cette obstruction est souvent *le seul signe* qui existe; il est rare qu'il s'y joigne de la douleur; pourtant quelques malades indiquent une douleur sourde et profonde à la racine du nez, entre les deux yeux, et qui s'étend jusque dans les sinus. Ils mouchent de temps en temps du sang qui vient par caillots; quelquefois des croûtes qui se détachent difficilement, ou bien simplement un mucus puriforme grisâtre, dont la quantité peut aller jusqu'à constituer, dans des cas très rares, un véritable *etage*. Il se peut alors qu'en examinant les fosses nasales, on aperçoive quelques *ulcérations* dont on peut suivre le développement, ou qu'en introduisant un stylet on sente des inégalités ou même une *perforation de la cloison*. Dans la cavité buccale, le même examen peut faire reconnaître l'existence, soit à la voûte palatine, soit au fond du pharynx, d'ulcères qu'on peut seulement soupçonner dans le larynx et la trachée. L'auscultation et la percussion ne donnent pas toujours des signes bien positifs, alors même qu'il y a de la toux; mais, dans le cas de bronchite et de pneumonie, ceux qu'elles fournissent ont toute leur valeur ordinaire. Il est extrêmement rare que l'on observe l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; la peau n'est le siége d'aucune éruption, mais on a vu quelquefois des *œdèmes* survenir, surtout aux pieds et à la partie inférieure des jambes. A ce cortége d'accidents spéciaux vient s'ajouter l'ensemble des symptômes généraux qui se rencontrent également dans le farcin : les *douleurs articulaires et musculaires*, la *diarrhée*, les *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et ses retours irréguliers; les *sueurs* alternant avec la sécheresse de la peau, le teint jaune et terreux, l'amaigrissement, l'épuisement, l'insomnie et tous les signes d'une *cachexie* profonde. »

Dans un nombre de cas qui, suivant M. Tardieu (page 103), peut être assez considérable, on peut ne voir, pendant toute la durée de la maladie, que les symptômes du farcin, et cependant on trouve à l'autopsie des lésions des fosses nasales qui prouvent que la morve est venue s'y joindre.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve chronique est lente et continue; la *durée* est de plusieurs mois; et même quand la maladie ne s'accompagne pas de farcin, elle peut se prolonger plusieurs années (cinq ou six ans). La *terminaison* est la mort. Il n'existe qu'un seul cas peu concluant qui pourrait faire admettre la possibilité de la guérison; il est dû au docteur Elliotson. La mort survient ordinairement avec lenteur et dans le marasme; dans quelques cas seulement, l'affection se transforme en morve aiguë promptement mortelle (Vigla, Tardieu).

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques principales sont le gonflement, l'épaississement consi-

dérable de la pituitaire; sa couleur violacée; des abcès sous-muqueux; des ulcérations profondes, quelquefois détruisant les cartilages et les os, et perforant la cloison : des ulcérations semblables à la voûte palatine, à la base de la langue, dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée et même dans les bronches. Dans ces derniers points, les ulcérations sont ordinairement très étendues. On trouve aussi dans la trachée des cicatrices irrégulières, bridées, déformant l'organe; quelquefois on voit les ganglions bronchiques gonflés et suppurés. Des ecchymoses, des points purulents peuvent se montrer dans les poumons. Enfin, dans la morve farcineuse, on voit dans différentes parties du corps, sous la peau, dans les muscles, dans les ganglions, des *abcès* qui existent souvent avec carie et nécrose des os.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne connaissons guère que la *syphilis constitutionnelle* qui puisse être confondue avec la morve chronique. La forme des ulcérations à bords taillés à pic, la promptitude avec laquelle les os du nez sont détruits, la nature phagédénique des ulcérations pharyngiennes, la fétidité de l'écoulement purulent dans la syphilis, sont les principaux points sur lesquels s'établira le diagnostic, si d'autres circonstances, comme l'existence des syphilides et les renseignements venaient à faire défaut.

Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison suffit pour montrer combien le pronostic est grave.

§ VII. — Traitement.

Le mauvais résultat des moyens employés inspire peu de confiance; c'est pourquoi je me bornerai à dire qu'on a conseillé l'iode, l'iodure de potassium, le mercure, les eaux sulfureuses, les toniques; la *cautérisation des ulcères*, les *injections iodées* ou toniques dans les abcès; l'injection de la *créosote* dans les fosses nasales (2 gouttes pour 2 grammes d'eau), et par-dessus tout de bonnes conditions hygiéniques.

Extrait d'aconit. M. Decaisne rapporte (1), dans les *Archives de médecine belge*, deux faits qui établissent l'utilité de l'extrait d'aconit administré à dose successivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans les cas de farcin chronique.

« On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en employant la racine fraîche d'aconit. »

M. Hamoir (2) cite également deux observations dans lesquelles ce médicament a amené rapidement la guérison. C'est donc un moyen qu'il sera bon de soumettre à de nouvelles expériences et d'appliquer à la morve chronique.

Il est à peine nécessaire d'indiquer les précautions *prophylactiques*. Les principales sont de ne pas toucher les chevaux morveux ou farcineux avec les doigts écorchés, et de ne pas coucher dans les écuries.

(1) *Union médicale*, 25 novembre 1852.
(2) *Arch. de méd. milit. belge*, et *Union médicale*, 10 février 1853.

ARTICLE III.

FARCIN AIGU.

Je ne dois pas m'étendre sur la description du farcin aigu. Il est, en effet, prouvé aujourd'hui que cette affection, due à la même cause que la morve aiguë, n'en diffère que par l'*absence des lésions* des fosses nasales. Dans un seul cas, M. Tardieu a vu un léger suintement par les narines.

On a cité (Hertwick, Lorin) quelques cas de *terminaison heureuse* du farcin aigu ; mais d'après les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette affection, ces faits ne présentent pas une assez grande certitude sous le rapport du diagnostic.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve aiguë, et, selon toutes les apparences, ne produit pas de meilleurs résultats.

ARTICLE IV.

FARCIN CHRONIQUE.

Je vais me borner à indiquer ce qui fait différer le farcin chronique de la morve chronique qui se produit d'emblée. C'est, dans quelques cas, un *début* assez rapide, et une *fièvre* assez forte à l'apparition du premier abcès ; la production de *tumeurs* douloureuses promptement fluctuantes dans la majorité des cas, quelquefois se résorbant ou disparaissant brusquement pour se porter vers d'autres points ; la cicatrisation des abcès, suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, de nouvelles tumeurs ; l'*absence de lésions des fosses nasales*, et enfin la mort avec des symptômes fébriles plus ou moins marqués et dans un marasme extrême.

On a cité quelques cas de guérison du farcin chronique. M. Tardieu en trouve six sur vingt-deux qu'il cite ; mais plusieurs ne lui inspirent pas grande confiance. M. Monneret (1) en a rapporté un cas.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve chronique, et il est impossible de savoir s'il a été pour quelque chose dans les cas de guérison qu'on a cités. Je me borne donc à rappeler l'emploi de l'*extrait d'aconit à haute dose* préconisé par MM. Decaisne et Hamoir.

CHAPITRE II.

MALADIES CAUSÉES PAR MORSURES OU PIQURES VIRULENTES OU VENIMEUSES.

Les affections dont il va être question dans ce chapitre ne demandent pas de très grands développements, parce qu'elles ne présentent pas une très grande variabilité dans leurs symptômes, et que les moyens à leur opposer, étant pour la plupart sans valeur, doivent à peine être mentionnés.

ARTICLE Ier.

RAGE.

On pense que la rage n'était pas inconnue aux Grecs ; mais le fait n'est pas très

(1) *Gazette médicale*, 1843.

certain. Depuis Cœlius Aurelianus, il n'est pas de traité de pathologie qui n'ait un article consacré à cette maladie. Parmi les ouvrages les plus renommés dans les temps modernes, je dois citer celui d'Énaux et Chaussier (1).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La rage est une affection générale produite par la communication d'un virus qui se développe chez certains animaux, et caractérisée par des symptômes nerveux spéciaux.

Cette affection a été décrite sous les *noms d'hydrophobie, hydrophobie rabique, tétanos rabien, rabies canina, lyssa canina.*

§ II. — Causes.

Une seule cause produit la rage : c'est l'*introduction du virus rabique dans l'économie.* Le virus rabique se développe chez les animaux des espèces *canis* et *felis*, tels que le chien, le loup, le renard, le chat; ces animaux peuvent transmettre la rage à tous les autres. Il n'est pas parfaitement démontré que ces derniers puissent la communiquer à l'homme; cependant les expériences de G. Breschet ont prouvé qu'à l'aide de la bave d'un animal enragé on peut transmettre la maladie des carnivores aux herbivores, et réciproquement. D'après d'autres expériences, les herbivores communiquent moins facilement la rage que les autres.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que la rage est due à un *virus* connu seulement par ses effets et qui réside dans la bave. Les autres liquides de l'économie ne paraissent pas susceptibles de transmettre la maladie. Si l'on n'a égard qu'aux faits bien authentiques, il semble parfaitement prouvé que, pour produire la rage, le *virus doit être inoculé ;* les faits cités pour prouver que la maladie s'est communiquée par des embrassements, des attouchements, etc., ne sont pas concluants.

M. le docteur Putégnat, de Lunéville (2) a observé un cas de rage mortelle communiquée à un enfant par la morsure d'un chien qui n'était pas enragé, mais seulement furieux. On ne peut nier l'exactitude du fait; mais n'était-ce pas là une de ces hydrophobies non rabiques causées par la frayeur, et dont j'ai cité ailleurs des exemples (3).

§ III. — Symptômes.

La rage est une maladie toujours identique à elle-même ; une certaine variabilité dans les principaux symptômes ne suffit pas pour autoriser les divisions qu'on a proposées.

Incubation. Nous ne connaissons pas les limites extrêmes de l'incubation de la rage ; ce qu'il y a de plus certain, c'est que la maladie, dans le plus grand nombre des cas, se développe du trentième au quarantième jour ; que néanmoins elle peut se manifester plus tôt ou plus tard ; mais que les cas dans lesquels, suivant certaines relations, elle aurait apparu quelques heures après la morsure, ou au contraire plusieurs années après, ne présentent pas les garanties nécessaires pour inspirer la confiance.

(1) *Méthode de traiter les morsures des animaux et de la vipère.* Dijon, 1785.
(2) *Journ. de méd. de Bruxelles*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1845.
(3) Voy. art. *Hydrophobie.*

Prodromes. Tous les auteurs ont signalé parmi les prodromes de la rage certains phénomènes qui se passent du côté de la morsure, tels que des picotements, des douleurs plus ou moins vives, et quelquefois même l'ouverture de la cicatrice, ou simplement la tuméfaction de ses bords. On a cité un certain nombre de faits qui prouvent que ces assertions ne sont pas dénuées de tout fondement; mais il faudrait bien se garder de croire que les phénomènes qui viennent d'être indiqués se manifestent constamment; il résulte, au contraire, de l'étude des faits bien observés, qu'ils n'ont lieu que dans la minorité des cas.

Les prodromes qui se manifestent le plus souvent sont: l'inquiétude, la tristesse, la céphalalgie, une agitation plus ou moins grande, des secousses spasmodiques, quelques pandiculations et des frissonnements; parfois des nausées, des vomissements, de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. Le symptôme principal de cette période est l'*horreur des liquides :* dès qu'on en présente un au malade, il éprouve une anxiété extrême, un sentiment de constriction à la gorge et de suffocation; s'il parvient à surmonter assez cette aversion pour boire quelques gouttes, dès qu'elles parviennent au pharynx, la constriction de la gorge devient extrême, la suffocation augmente, la face exprime la terreur, le malade repousse ou jette le vase, et tombe souvent en convulsions; la même chose arrive, quoiqu'on ait caché au malade la vue du liquide.

Dans un certain nombre de cas, l'horreur des liquides est *complète*, c'est-à-dire que les malades ne peuvent boire d'aucun liquide, quel qu'il soit; d'autres fois elle est *incomplète*, et alors le malade peut boire, soit du vin, soit du bouillon, soit de la bière, etc.; mais il est remarquable que l'eau inspire toujours de l'horreur, à moins qu'on ne la donne d'une manière particulière, comme en l'exprimant avec une mie de pain dans la bouche, et c'est seulement dans quelques cas particuliers.

La *vue* est péniblement affectée par les corps brillants; l'aspect d'un miroir, d'un verre, d'un corps métallique suffit pour causer aux malades une grande anxiété et un sentiment d'effroi; une vive lumière n'est pas supportée. *Les autres sens* ne sont pas moins troublés; ainsi un bruit subit et inattendu occasionne des convulsions; le contact des corps métalliques, un simple courant d'air, l'agitation que produit une personne en passant auprès du lit, suffisent pour produire le même effet.

Il y a en même temps une grande *exaltation* chez les malades; ils sont animés, ont la parole brusque, les idées incohérentes; un grand nombre ont du *délire* et des *hallucinations*. Chez quelques uns le délire est furieux, et ce sont ceux-là qui mordent ou qui cherchent à mordre; mais cela n'a lieu que dans la minorité des cas, contrairement aux idées vulgaires; il est au contraire un certain nombre de sujets qui sont extrêmement affectueux et qui parlent sans cesse avec attendrissement; en un mot, le délire est très variable. Chez certains hommes on a vu se déclarer le *satyriasis*, et chez certaines femmes la *nymphomanie.*

Vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, la *constriction pharyngienne* devient plus forte, et alors on voit se produire ces phénomènes d'*expuition convulsive*, qui donnent une physionomie si particulière à la maladie. A chaque instant les malades, comme s'ils sentaient un obstacle dans le pharynx, rejettent, par des efforts violents, une *salive*, une *bave* écumeuse qu'ils envoient quelquefois

fort loin ; c'est ce qu'on a appelé la *bave rabique*. Ce n'est que dans le délire que les malades cherchent à cracher sur les personnes qui les entourent.

D'après quelques auteurs, on trouve à la face inférieure de la langue quelques *vésicules* auxquelles on a donné le nom de *lysses*. Suivant M. Magistel (1), elles ont la forme et la grosseur d'une lentille et une couleur d'un blanc brunâtre. M. Marochetti les a vues apparaître du troisième au neuvième jour. Les autres médecins qui ont observé soit sur l'homme, soit sur les animaux, n'ont rien vu de semblable, en sorte que l'existence de cette lésion est très douteuse.

A cette époque, la respiration s'embarrasse de plus en plus ; il y a une constriction pénible et douloureuse dans l'épigastre et dans la poitrine ; plusieurs malades ont du *hoquet*, tous une *soif* très vive, l'*appétit* complétement perdu, de la *constipation ;* le regard est fixe et hagard, les pupilles sont dilatées ; c'est alors surtout que surviennent les *accès convulsifs* auxquels on a donné le nom d'*accès rabiques.*

Accès rabique. A des intervalles plus ou moins éloignés, soit spontanément, soit sous l'influence des causes énumérées plus haut (vue d'un liquide, courant d'air, bruit subit, etc.), un *tremblement* parcourt tout le corps ; les muscles des membres, du tronc et de la face sont agités de *mouvements saccadés ;* quelquefois les convulsions sont semblables à celles du tétanos, et quelquefois aussi les malades acquièrent une force extraordinaire et brisent les liens avec lesquels on a dû les attacher. Ces accès sont courts et vont toujours en se rapprochant jusqu'à la fin de la maladie.

Enfin tous les symptômes vont en augmentant ; l'*oppression* devient extrême ; le *pouls* est petit, serré et fréquent, et le malade succombe sans agonie par simple asphyxie, et dans un moment de calme, à peu près comme dans les cas d'*œdème de la glotte.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est rapide et toujours croissante, les accès seulement sont plus ou moins forts chez les divers individus. La *durée* des symptômes, auxquels on a donné le nom de *prodromes*, est de deux ou trois jours ; celle de la maladie confirmée est de deux à quatre jours. La *terminaison* a lieu constamment par la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

Malgré toutes les recherches que l'on a pu faire, on n'a trouvé aucune lésion anatomique propre à cette affection ; un peu de congestion des centres nerveux, due à l'asphyxie, l'emphysème des poumons, la rougeur des muqueuses, la stase du sang dans les vaisseaux, quelquefois un peu de gonflement des papilles de la base du pharynx et du larynx, telles sont les seules lésions signalées, lésions qui ne nous apprennent rien sur la nature de la maladie.

VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec l'*hydrophobie non rabique* qu'on pourrait confondre la rage.

(1) *Mém. sur l'hyd.* (*Arch. gén. de méd.*, 1824).

Je ne reviendrai pas ici sur ce diagnostic, que j'ai exposé dans le volume précédent (1).

§ VII. — **Traitement.**

Ce que j'ai dit de la terminaison constamment funeste de la rage confirmée me dispense nécessairement d'entrer dans de grands développements relativement au traitement curatif : il n'en est pas de même du traitement préservatif, qui, dans l'état actuel de la science, a seul une importance réelle.

1° *Traitement curatif.* Pour combattre la rage déclarée, on a mis en usage une multitude de médicaments, parmi lesquels je citerai les émissions sanguines abondantes, les narcotiques, les antispasmodiques, les mercuriaux, l'arsenic, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, etc., etc. Ces médicaments ont été administrés à des doses souvent énormes, mais il n'est pas un fait qui prouve qu'ils aient eu une action réelle dans un cas de rage bien évident. Il en a été de même de l'acide prussique, des cantharides, de l'électricité, des émétiques, et même de la morsure de la vipère. Dans ces dernières années, on a tenté des *injections dans les veines*, soit d'eau pure à la température de 30 degrés centigrades, et à la dose de 7 à 800 grammes dans l'espace de dix ou douze minutes (Magendie) ; soit d'eau chargée de substances médicamenteuses, telles que l'opium, le camphre et le musc ; mais tous ces essais ont complétement échoué.

M. Rochet-d'Héricourt a présenté à l'Académie de médecine (2) une racine qu'il a rapportée de l'Abyssinie, et par laquelle on traite l'hydrophobie dans ce pays. Cette racine a des effets eméto-cathartiques. Ce moyen ayant été récemment essayé, n'a eu aucun succès.

Je ne citerai pas ici la multitude des remèdes populaires employés contre la rage, parce qu'ils n'ont aucun fait concluant en leur faveur. C'est donc à l'expérimentation à découvrir le traitement curatif de cette maladie, si la chose est possible.

2° *Traitement préservatif.* La première indication, c'est de s'opposer à la pénétration du virus dans l'économie. Il importe, par conséquent, d'agir le plus tôt possible. Pour cela, les deux principaux moyens sont la cautérisation et l'amputation ; mais, si l'on n'avait pas sous la main immédiatement tout ce qu'il faut pour pratiquer la cautérisation, on devrait, en attendant, *faire couler le sang* par la pression, par la succion, ou à l'aide d'une ventouse, et laver fréquemment la plaie dans toute sa profondeur.

Si la morsure a été faite sur une partie de faible volume, comme les doigts, et si elle est considérable, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'*amputation*. Quelques médecins ont proposé même l'amputation des membres dans les cas de morsures profondes ; mais on s'accorde généralement à donner l'avantage à la cautérisation, qui, si elle est bien faite, remplit le même but, et ne met pas en danger la vie des malades.

Cautérisation. De tous les modes de *cautérisation*, celui qu'on pratique avec le *fer rouge* est préféré : il faut la faire assez profonde pour que tous les points dans lesquels la bave a pu pénétrer soient fortement atteints.

(1) Voy. t. IV, art. HYDROPHOBIE.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XV, p. 242.

Les autres *caustiques* mis en usage sont : le chlorure d'antimoine, la potasse caustique, le caustique de Vienne, le nitrate acide de mercure, les acides, la chaux vive.

Vingt-trois individus ayant été mordus par une louve enragée, M. le docteur Chabanon (1) cautérisa les plaies avec l'*acide sulfurique concentré*. Chez seize de ces blessés, aucun phénomène de rage ne se manifesta, si ce n'est chez un malade atteint de nombreuses blessures à la face, et chez lequel la cautérisation n'avait pu être complète.

Avant d'appliquer le fer rouge ou le caustique, on fait saigner la plaie, on la nettoie, et, si l'on ne peut faire pénétrer assez profondément l'agent cautérisateur, on pratique le débridement. Dans le cas où la plaie serait cicatrisée en tout ou en partie, lorsqu'on apprend que l'animal est malade, il ne faut pas hésiter à la rouvrir et à la cautériser, comme il vient d'être dit. Dans les deux cas, après la cautérisation, il est bon d'entretenir la suppuration pendant assez longtemps.

Les médecins qui ont regardé les vésicules de la langue comme les signes de la rage ont recommandé de les cautériser ; mais nous savons que ces lésions n'ont pas été retrouvées par les autres observateurs.

Rien ne peut remplacer les moyens que je viens d'indiquer ; c'est pourquoi je n'insisterai ni sur la ligature des membres, ni sur les vésicatoires, les sétons, les cautères, ni sur les remèdes internes comme les mercuriaux, les acides minéraux, la sabine, etc., qui n'ont pas plus de valeur comme moyens préservatifs que comme moyens curatifs.

Quant aux nombreux prétendus spécifiques, que la multiplicité des cas de rage a fait éclore dans ces derniers temps, ce sont, comme le dit M. Bouchardat, en terminant son rapport à l'Académie (2) « quelques opinions sans preuves, des formules appartenant à l'enfance de la pharmacologie, qui toutes ont été publiées, puis sont tombées dans l'oubli, et qui n'inspirent de la confiance que parce qu'on les emploie mystérieusement. »

Ce médecin ajoute : « Si dans quelques cas ces remèdes ont pu être utiles en relevant le moral des *croyants*, ils ont été nuisibles la plupart du temps en retardant ou en empêchant l'usage des moyens rationnels. »

ARTICLE II.

MORSURE DE LA VIPÈRE ET DU SERPENT A SONNETTES.

1° *Morsure de la vipère.* Le genre vipère comprend cinq sous-genres qui sont : 1° la *vipère* proprement dite, qui existe en Europe ; 2° le *trigonocéphale*, qu'on trouve aux Antilles ; 3° le *plature*, qui se trouve dans les pays baignés par la mer des Indes ; 4° le *naja*, qui se trouve aussi dans les Indes ; 5° l'*elaps*, qu'on rencontre à la Guyane. Je parlerai ici de la morsure de la vipère commune, et de celle du trigonocéphale ; les autres offrent des effets analogues plus ou moins violents, suivant la grosseur des animaux et la quantité de leur venin.

Je poserai d'abord en fait général que les effets de la morsure des animaux dont il va être question sont dus à l'introduction, sous l'épiderme, à l'aide de crocs

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVIII, p. 28.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1852, t. XVIII, p. 6.

articuliers, placés à la mâchoire supérieure, d'un liquide contenant un virus dont ı composition nous échappe; que l'introduction de ce venin dans le tube digestif e produit pas les mêmes accidents, non plus que son application sur la peau on dénudée; en un mot, qu'il est nécessaire que son absorption ait lieu par les eines.

2° *Morsure de la vipère commune.* La morsure de la vipère commune donne eu aux symptômes suivants : *Douleurs* ordinairement vives, souvent extrêmes ans toute la longueur du membre blessé; on aperçoit une ou deux petites *piqûres* cartées de quelques millimètres sur le point mordu. Bientôt autour de ces piqûres, *ougeur* et *gonflement*, envahissant une plus ou moins grande étendue du membre, t donnant lieu à un *engorgement pâteux*, luisant, d'un rouge livide, quelquefois ouvert de phlyctènes. Plus tard, douleur plus vive; puis se manifestent les *symptômes généraux* suivants : *Douleur*, pesanteur *de tête*, malaise, *anxiété*, nausées, ouvent des *vomissements bilieux*, lipothymies, *syncopes.* Au bout de quinze ou ingt heures ordinairement : *membre très volumineux*, *teinte ictérique* sur tout corps, *sueurs* froides, visqueuses, refroidissement des extrémités, somnoence, *soif* vive, ralentissement du *pouls*, syncopes plus fréquentes. Au bout de eux ou trois jours, quelquefois moins et quelquefois plus, les symptômes s'amenlent, une transpiration plus ou moins abondante s'établit, et la guérison a lieu; lans quelques cas cependant la mort peut survenir par l'aggravation de tous les ymptômes précédents.

3° *Morsure du trigonocéphale.* M. Rufz (1) a étudié avec le plus grand soin les résultats de cette morsure, beaucoup plus grave que la précédente. Voici l'extrait le son mémoire qui a été reproduit dans le *Dictionnaire de médecine* (2) : « M. Rufz ı reconnu : 1° que la mort pouvait être subite, instantanée, ce qu'il attribue à une violente frayeur; 2° que la mort pouvait avoir lieu quelques jours après l'accident par manifestation de symptômes primitifs, et cela au moment où le blessé se croyait à l'abri de tout danger; 3° que la mort pouvait être la suite d'un trouble nerveux, très intense, développé dès les premiers instants, et c'est surtout dans ce cas que la mort peut être prompte; 4° que la terminaison fatale pouvait être la suite d'une congestion pulmonaire, accident assez commun que certains observateurs avaient pris pour une pneumonie, ou bien être la conséquence d'un phlegmon diffus développé dans le membre blessé; 5° et enfin, qu'alors même que la piqûre n'était pas aussi grave, elle pouvait donner lieu à des gonflements, à des abcès, à des gangrènes partielles, des nécroses, des paralysies des sens (amaurose, etc.), à des paralysies des mouvements, à des névralgies, à des troubles divers de l'intelligence, etc., désordres qui se prolongent pendant un temps plus ou moins long. »

Quant aux autres symptômes, ils sont les mêmes que ceux que produit la vipère commune, seulement beaucoup plus intenses.

4° *Morsure du serpent à sonnettes* (crotale). Les accidents produits par la morsure du serpent à sonnettes sont encore beaucoup plus graves et plus rapides, mais de la même nature; quelquefois la mort survient en huit ou dix minutes; rare-

(1) *Enquête sur le serpent.* Saint-Pierre-Martinique, 1845. — *Annales d'hygiène*, t. XXII, p. 382.
(2) Article VIPÈRE, t. XXX.

ment les malades survivent plus de trois ou quatre heures. M. Bosc, qui a étudié avec grand soin le crotale, a vu que les derniers moments de l'agonie étaient excessivement pénibles ; la *gangrène* se montre sur la blessure ; un *sang noir s'écoule de toutes les parties du corps*, la *langue* se gonfle énormément, et sort de la bouche ; il y a une *soif* inextinguible, et tous les autres accidents indiqués plus haut sont portés au plus haut degré.

Traitement. Les mêmes traitements s'appliquent à la morsure de toutes les espèces qui viennent d'être mentionnées ; seulement ils doivent être plus ou moins actifs suivant les cas. D'abord, j'indiquerai une première partie du traitement qui doit être mise en usage avant la venue du médecin ; elle a été très bien résumée par M. Rufz ainsi qu'il suit :

SOINS A DONNER AUX MALADES AVANT LA VENUE DU MÉDECIN.

« 1° Aussitôt qu'on est piqué par le serpent, sur-le-champ même, sans faire un pas de plus, placer une *ligature* à un pouce au-dessus de la piqûre, avec une cravate ou une bretelle ; serrer convenablement ;

» 2° Examiner les plaies, en reconnaître le nombre, juger, par l'intervalle qui sépare l'empreinte des crocs, de la grosseur du serpent ; *retirer les crocs*, s'il y en a qui sont cassés dans les plaies ;

» 3° *Essuyer la plaie*, *la sucer* soi-même ou la faire sucer fortement à plusieurs reprises pendant cinq ou six minutes ;

» 4° *Frotter les plaies avec du citron ou de l'urine*, *ou des chlorures*, ou bien avec toute autre des infusions qu'on aura sous la main ; mais frotter rudement, de manière à insinuer le liquide dont on fera usage au fond des piqûres ;

» 5° *Cautériser* avec le fer rouge ou bien avec un des caustiques indiqués, surtout avec le *caustique de Vienne* ou la *pierre à cautère*, après scarification des plaies, ou sans scarification, après application d'une ou deux ventouses, ou sans cette application ;

» 6° Coucher le malade chaudement, lui faire prendre une des *infusions* recommandées (1), et relever ses esprits, s'il est effrayé ;

» 7° Essayer de *prévenir le phlegmon* par des applications émollientes, résolutives ; si la suppuration n'a pu être évitée, ouvrir une issue au pus par des incisions multipliées et bien placées. »

Pour le reste du traitement, je me contenterai de donner le résumé suivant que nous trouvons dans le *Dictionnaire de médecine :*

« Après le pansement, on fera mettre le malade au lit, et il prendra quelques infusions chaudes avec un peu d'ammoniaque ou d'esprit de Mindererus, pour provoquer la transpiration ; si la frayeur a été très vive, s'il y a des syncopes, on donnera quelques toniques, un peu de vin sucré, par exemple, pour ranimer les forces. L'*engorgement phlegmoneux* sera traité par les embrocations huileuses, les cataplasmes émollients, et le membre sera placé dans une situation un peu élevée ; on ouvrira avec soin les abcès qui pourraient se former ; en un mot, on combattra les complications à l'aide des moyens ordinaires de la chirurgie. Enfin les désordres

(1) Voy. plus bas.

uvent être tels, par suite de phlegmons profonds, de gangrène, etc., qu'il faille oir recours à l'amputation: c'est ce qui se voit après la morsure des grands sernts venimeux. M. Bosc a remarqué que la piqûre du boiquira (crotale) cause uvent une *tuméfaction énorme du larynx*, suivie de suffocation, contre laquelle pense que la *bronchotomie* pourrait être utile; ce serait un essai à faire dans le s dont il s'agit. Les *congestions pulmonaires* peuvent être quelquefois apaisées r la *saignée*, mais l'*émétique à haute dose* vaudrait peut-être mieux.

» Dans les cas très graves, alors que se manifestent les accidents généraux si foridables dont nous avons parlé, on emploie généralement une *médication tonique*, s préparations de quinquina, les cordiaux: peut-être les *chlorures*, vantés par ielques personnes, et dont parle avec éloge M. Rufz, seraient ici de quelque efficité. Quant aux accidents consécutifs, amaurose, etc., ils réclament les secours dinaires de la médecine. »

ARTICLE III.

PIQURE DES INSECTES ET DES ARACHNIDES VENIMEUX.

1° *Insectes.* — *Piqûre de l'abeille*, *de la guêpe*, *du frelon*, etc. L'abeille a, mme on sait, un aiguillon creusé d'un petit canal, et communiquant avec une sicule qui contient le venin; c'est l'introduction de ce venin sous l'épiderme ui produit tous les accidents.

Les *symptômes* sont les suivants : *Douleur* vive, brûlante, *gonflement*, *rougeur*, gère tension, et quelquefois *malaise général*, ou même *fièvre*. Dans le cas où il 'y a qu'un petit nombre de piqûres, ces symptômes ne durent que quelques ures avec une certaine vivacité et se dissipent complétement en une journée. Ce 'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on a vu des accidents nerveux graves re le résultat d'une seule piqûre. Lorsque les piqûres sont très nombreuses, le nflement peut être extrêmement considérable avec des symptômes fébriles innses, et la mort en être le résultat.

Cette piqûre guérit très bien sans aucun *traitement*, mais on peut beaucoup hâr la guérison en enlevant le point où elle a été faite, et qui est ordinairement vible, et en pratiquant des lotions d'*eau vinaigrée*, d'*eau de Goulard*, d'*ammoniaue liquide étendue d'eau;* d'*eau-de-vie camphrée*, d'*eau salée*, etc.

Ce que je viens de dire de la piqûre de l'*abeille* s'applique très bien à celle de la uêpe et du *frelon;* quant à la piqûre du *cousin* ou du *moustique*, elle n'exige pas utre traitement, et elle est moins violente; celles que produisent les *fourmis* et uelques autres insectes ne méritent pas davantage d'être mentionnées ici.

Dans certains pays, les *scolopendres* ou *myriapodes* font des piqûres dangereus; c'est encore aux *mêmes moyens de traitement* qu'on a recours.

Les insectes peuvent produire des accidents plus ou moins graves en déposant urs œufs dans diverses parties du corps, dans lesquelles se développent ensuite larves; mais comme, dans tous ces cas, il suffit de faire l'extraction des corps angers, soit à l'aide d'injections, soit à l'aide d'instruments, je crois que cette ention est suffisante ici.

2° *Arachnides.* Parmi les arachnides, je citerai d'abord le *scorpion*, très commun

dans le midi de la France, en Italie et en Espagne, et surtout le *scorpion d'Afrique*, qui est beaucoup plus gros et plus dangereux.

Les *symptômes* auxquels donne lieu la piqûre du scorpion sont semblables à ceux que produit la morsure de la vipère ; seulement ils sont beaucoup moins intenses quand il s'agit des scorpions d'Europe ; suivant même M. Bérard (1), ils ne seraient nullement dangereux à Rome. Le scorpion d'Afrique, selon quelques observateurs, peut donner la mort en quelques heures.

Le *traitement* est le même que celui de la morsure de la vipère.

Quant à la piqûre de la *tarentule*, à laquelle on a attribué des effets si singuliers, je me bornerai à dire qu'il est reconnu aujourd'hui que tout ce qu'on a avancé à ce sujet doit être rangé parmi les fables, et que si la tarentule produit quelque accident, c'est tout au plus une *irritation locale* avec *inflammation érysipélateuse*, et quelquefois *phlyctènes*.

ARTICLE IV.

ANIMAUX PARASITES.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, d'entrer dans des développements sur un semblable sujet ; tout le monde connaît, en effet, les circonstances de développement et la manière de se débarrasser de ces animaux parasites, tels que le *pediculus capitis* (pou), le *pediculus pubis* (morpion), le *pulex* (puce), le *cimex* (punaise), et diverses espèces d'*acarus*. Tout ce que je pourrais dire à ce sujet n'aurait aucun intérêt pour le lecteur.

ARTICLE V.

MAL DE VERS OU DE BASSINE.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'une maladie transmise à l'homme par des animaux pleins de vie, j'ai cru devoir la rapprocher des précédentes, en attendant qu'on puisse lui assigner sa place réelle dans le cadre nosologique.

Cette affection, récemment décrite par M. Potton (2), n'avait pas jusqu'à lui attiré spécialement l'attention des médecins. Cependant il semble qu'elle n'avait pas passé tout à fait inaperçue, puisque Vincens et Baumes (3) ont parlé de quelques affections propres aux fileuses de coton, et que M. Villermé (4) a constaté l'insalubrité du tirage de la soie. Mais M. Potton seul nous a donné une description détaillée de cette affection ; aussi est-ce dans son ouvrage que je puiserai tout ce qui en sera dit ici.

Définition ; fréquence. M. Potton a désigné sous le nom de *mal de vers ou de bassine* une *éruption vésiculeuse*, quelquefois pustuleuse, se manifestant sur les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, uniquement chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie. La dénomination donnée par M. Potton est uniquement fondée sur les causes déterminantes du mal.

(1) *De l'hygiène de Rome* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1848).

(2) *Du mal de vers ou de bassine.* Paris, 1852. — Rapport à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 803).

(3) *La topographie de la ville de Nîmes et de sa banlieue.* Nîmes, 1802.

(4) *Annales d'hygiène*, 1839, t. XXI, p. 338.

Le *mal de vers* est une maladie fréquente, elle attaque toutes les femmes qui occupent sans interruption de la filature des cocons ; mais elle présente cela de rticulier, qu'après une première atteinte, les fileuses sont pour toujours à l'abri ; le *n'est pas inoculable*.

Causes. M. Potton pense que la maladie est produite par les émanations qui échappent pendant la filature des cocons anciens et doubles ; que c'est dans la *composition* que le temps a fait subir progressivement au corps de l'animal qu'il ut placer l'origine du mal, le *manuel opératoire* et l'*eau chaude* aidant puissamment à cette cause. Ce médecin s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur ce que s cocons de l'année ne déterminent pas ces accidents.

Symptômes. Voici la description des symptômes, telle qu'elle est présentée r l'auteur :

« Après une semaine ou deux au plus, de travail assidu et régulier, l'ouvrière it se produire sur les mains, et principalement sur la main droite, dans l'interlle des doigts entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur dos et dans les plis de la main, une *démangeaison* qui n'a d'abord rien de péble ; une *teinte érythémateuse* l'accompagne. Bientôt la *rougeur* devient plus rte ; elle est semblable à celle de l'érysipèle, plus marquée entre les doigts. 'extension ou la pression la dissipe momentanément. Le *gonflement* ne tarde pas se produire, il augmente avec la *douleur* qui devient *cuisante ;* la *chaleur* est re, exagérée ; la peau se couvre de *marbrures*, de *plaques brunâtres ;* l'épiderme soulève. On voit d'abord surgir une *éruption miliaire* de petites *vésicules*, qui accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent, qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque toujours arrondies ; leur volume, leur proéminence varient ; tantôt elles sont très ombreuses, tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection : ce nt de véritables *bulles*. Tous les mouvements deviennent pénibles, ils ont pour sultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un profond ntiment d'*engourdissement* ou de gêne, continuent leur travail, de faire crever s vésicules ; la sérosité s'échappe et un soulagement momentané, quelquefois rmanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les lésions l'elle détermine. Les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la uleur cessent à l'instant ; après sept ou huit jours, il ne reste plus aucune trace mal, autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme.

» Mais en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres se ssipent, une *deuxième période* s'annonce ; ou bien les vésicules subissent une ritable transformation et prennent le caractère de *pustules ;* ou bien entre les emiers boutons se montrent de franches pustules, offrant d'habitude les dimenns des boutons de vaccine. Ces pustules ne sont pas ombiliquées... »

Si aucune cause ne vient troubler l'éruption, elle arrive à son apogée du cinème au sixième jour ; mais le plus souvent, pour une cause quelconque, les stules s'ouvrent d'une manière prématurée ; il survient alors d'autres boutons pplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents ; mais une fois arris à terme, que le pus soit évacué ou non, toutes les souffrances cessent, bien e le *derme* soit *à nu* et les *surfaces ulcérées ;* les fileuses peuvent reprendre leur cupations.

Telle est la seconde période ou plutôt la *deuxième forme*, qui dure de quinze à dix-sept jours depuis l'invasion ; mais il est une *troisième forme* plus fâcheuse encore que la précédente. Dès que les pustules se développent, l'inflammation prend un plus haut caractère d'intensité. Toute la peau est altérée dans ses points compromis et à l'entour ; le *tissu cellulaire sous-cutané est envahi*, le *gonflement* devient *énorme*, il y a *déformation des doigts et de la main*, *tuméfaction œdémateuse* qui se prolonge au poignet, à l'avant-bras et même au bras ; endolorissement, *engorgement des vaisseaux lymphatiques*, et des glandes de l'aisselle. Dès le cinquième ou le sixième jour on voit apparaître de petits *phlegmons arrondis*, circonscrits pour l'ordinaire sous les pustules, et qui s'ouvrent du huitième au dixième jour.

Pendant cette période il se développe des *accidents généraux*, frissons, céphalalgie, insomnie, nausées, vomissements, etc. Dès que le pus s'est fait jour, les accidents cessent, et du dix-huitième au vingtième jour la guérison est parfaite.

Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté et le *pronostic* a toujours été favorable.

1° *Traitement prophylactique.* M. Potton ne doute pas que si dans l'opération de l'étouffage des cocons on parvenait, non seulement à *tuer*, mais à *dessécher en entier*, d'une manière immédiate, *toute la chrysalide*, on préviendrait peut-être les conséquences dangereuses que sa décomposition détermine à l'époque de la filature.

Les moyens prophylactiques qui ont le mieux réussi à M. Potton sont : les *bains locaux*, les *lotions fréquentes dans l'eau saturée d'alun* ou de *sulfate de cuivre ammoniacal ;* mais il est peu d'ouvrières qui veuillent s'y astreindre.

2° *Traitement curatif. Première forme.* Quand les premiers symptômes apparaissent, il suffit de *faire suspendre le travail* pour voir la maladie avorter ; mais les accidents reparaissent dès que l'ouvrière reprend ses occupations.

Deuxième forme. « Ce qui prouve, dit M. Potton, que cette affection n'est point une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les *antiphlogistiques*, les *émollients* n'ont jamais réussi ; au contraire, ils ont toujours exaspéré les symptômes. »

Les *topiques calmants* et les *narcotiques* n'ont pas mieux réussi. Les moyens qui ont eu le plus de succès entre les mains de M. Potton sont les *toniques légers*, les *bains avec les décoctions de plantes aromatiques*, de *feuilles de noyer*, de *ronces*, ou d'*écorce de chêne ;* des *manuluves* avec le *miel rosat étendu d'eau ;* des applications topiques avec des *solutions d'alun*, de *sulfate de fer*, de *sulfate de zinc.*

Un moyen réputé très efficace dans les fabriques des Cévennes, consiste dans des *lotions avec de l'urine* et des applications de compresses trempées dans ce liquide.

Troisième forme. Aux moyens employés dans le second degré, M. Potton a ajouté avec avantage les *cataplasmes avec la camomille*, le *quinquina*, le *camphre.* Quand les pustules étaient ouvertes, il employait des pommades avec le *tannin*, l'*alun*, l'*acétate de plomb ;* des *cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent.*

Les démangeaisons qui persistent pendant quelques jours ont été diminuées par les *bains*, les *embrocations avec les huiles*, les *baumes légèrement excitants.*

LIVRE DOUZIÈME.

Intoxications. — Empoisonnements.

Nous ne devons ranger parmi les empoisonnements que les accidents causés par des substances agissant à faible dose et d'une manière rapide. Dans les cas où il faut des doses considérables et souvent répétées, c'est une intoxication ; ces accidents ne diffèrent entre eux que par cette longue durée de l'action du poison, car la mort peut être le résultat des uns et des autres.

CHAPITRE PREMIER.

INTOXICATIONS.

Je commencerai par l'intoxication saturnine. Cette intoxication donne lieu à des maladies trop graves et trop importantes, et, d'un autre côté, ces maladies présentent des conditions communes si évidentes, que je ne peux m'empêcher d'entrer à son sujet dans quelques considérations générales.

ARTICLE I.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INTOXICATION SATURNINE.

L'intoxication saturnine se produit constamment par suite de l'*absorption de préparations de plomb, sous forme moléculaire.* Cette absorption a lieu par les diverses muqueuses; quelques auteurs ont avancé qu'elle pouvait se faire aussi par l'enveloppe cutanée ; mais des observations bien faites, et dont les principales sont dues à M. Tanquerel des Planches (1), prouvent que cette voie d'absorption ne saurait être admise.

Toutes les *professions* dans lesquelles les ouvriers sont placés au milieu d'une atmosphère contenant une certaine quantité de molécules de plomb en suspension peuvent produire l'intoxication saturnine; je me bornerai à consigner ici la liste de ces professions :

Ouvriers cérusiers, ouvriers des fabriques de minium, des fabriques de litharge, peintres en bâtiments, peintres d'attributs, de voitures, doreurs sur bois, vernisseurs de métaux, fabricants de papiers peints, broyeurs de couleurs, fabricants de cartes d'Allemagne, ceinturonniers, potiers, faïenciers, verriers, ouvriers des mines de plomb, affineurs, plombiers, fondeurs de cuivre, fondeurs de bronze, fondeurs de caractères d'imprimerie, imprimeurs, fabricants de plomb de chasse,

(1) *Traité des mal. de plomb.* Paris, 1839.

lapidaires, tailleurs de cristaux, ouvriers des manufactures de glaces, ouvriers des fabriques de nitrate, de chromate, d'acétate de plomb.

Ces ouvriers absorbent principalement les molécules saturnines par les voies respiratoires, mais ils en absorbent aussi une quantité notable par les voies digestives dans lesquelles elles sont introduites avec la salive.

Il résulte du relevé de M. Tanquerel des Planches, que *les mois de l'année les plus chauds* sont ceux où l'on contracte le plus facilement l'intoxication saturnine. Cette intoxication se manifeste de quatre manières différentes, qui sont les suivantes: *colique de plomb*, *douleurs des membres*, *paralysie*, *accidents cérébraux*. Ces formes de l'intoxication saturnine ne se produisent pas brusquement; on observe auparavant quelques symptômes qui méritent d'être indiqués, et que M. Tanquerel a désignés sous le nom d'intoxication primitive.

Quelque temps avant qu'une affection distincte se déclare, les ouvriers pâlissent et maigrissent, ainsi que l'a constaté M. Grisolle (1). Les chairs deviennent flasques; la peau, et surtout celle de la face, prend une teinte jaunâtre à laquelle on a donné le nom d'*ictère saturnin*. Des expériences ont prouvé que le sang présente les caractères de l'anémie; beaucoup de malades ont la sensation d'une saveur sucrée ou styptique, leur haleine est fétide; chez quelques uns, les gencives sont saignantes, il y a un léger *ptyalisme*, mais en général les gencives sont fermes, quelquefois usées vers leur bord libre: ceux qui ont vécu au milieu d'une atmosphère abondante en molécules de plomb présentent un *liséré bleuâtre des gencives*, occupant 3 ou 4 millimètres de leur bord libre, et quelquefois s'étendant bien au delà. M. Tanquerel a constaté que cette coloration est due à un sulfure de plomb résultant du contact du métal avec l'hydrogène sulfuré qui se détache, soit des interstices des dents, soit de quelque autre point des voies digestives.

Je dois dire, en terminant, que ces phénomènes sont loin de se montrer chez tous les individus qui doivent être affectés de maladie saturnine; on ne les voit guère que chez les cérusiers, les ouvriers en minium, et ceux qui sont constamment exposés à la poussière ou à la vapeur des préparations de plomb.

Voyons maintenant quelles sont les formes par lesquelles se déclare l'intoxication saturnine, en commençant par la colique de plomb.

ARTICLE II.

COLIQUE DE PLOMB.

Suivant un passage de Nicandre, cité par M. Tanquerel, la colique de plomb a été décrite très anciennement, et ce dernier auteur a prouvé, par des recherches exactes, qu'à toutes les époques les effets pernicieux du plomb ont été bien connus; mais il faut arriver au milieu du dix-septième siècle pour voir cette maladie bien décrite par Stockhusen (2). Depuis cette époque, nous avons eu des travaux très intéressants, parmi lesquels il faut citer ceux de De Haen, Weismann, Astruc, Dubois, Stoll, Desbois de Rochefort, et, dans des temps plus rapprochés de nous,

(1) *Essai sur la colique de plomb*, thèse. Paris, 1835.
(2) *Traité des mauvais effets de la fumée de la litharge*. Paris, 1776, in-12.

ceux de Mérat (1), de MM. Andral, Grisolle et Tanquerel (2) ; c'est à ce dernier auteur que nous devons les recherches les plus étendues et les plus exactes, et c'est à lui surtout qu'il importe d'emprunter les détails qui vont suivre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

M. Tanquerel regarde la colique de plomb comme une névralgie des organes digestifs et urinaires produite par l'absorption du plomb à l'état moléculaire dans l'économie ; les faits qu'il a cités à l'appui de cette définition ont assurément une grande valeur ; mais comme ils n'ont pas encore résolu toutes les objections qu'on peut faire à cette manière d'envisager la nature de la maladie, je me contenterai de la définition suivante : C'est une affection produite par l'absorption du plomb, et dont les principaux symptômes sont de violentes coliques, une constipation opiniâtre et des crampes dans les membres.

La colique de plomb a été décrite sous les noms de *colique saturnine*, *métallique*, *des peintres*, *des plombiers*, *des potiers*, *des barbouilleurs*. On lui a donné aussi le nom de *rachialgie*, la regardant comme une névralgie de la moelle, et M. Tanquerel a démontré que les maladies connues sous les noms de *colique de Poitou*, de *Normandie*, de *Devonshire*, de *Madrid* ne sont autre chose que la colique de plomb elle-même, sauf quelques cas d'entérite ou d'entéralgie qu'une connaissance peu approfondie de la maladie a fait confondre avec les autres.

§ II. — Causes.

Il est bien entendu que la cause essentielle de la colique de plomb est l'absorption des molécules de ce métal ; mais il n'en faut pas moins rechercher quelles sont les conditions dans lesquelles se produit le plus facilement la maladie sous l'influence de cette absorption.

Nous avons vu plus haut qu'une *température élevée* est une condition des plus favorables au développement de l'intoxication saturnine en général. Cette remarque s'applique à la colique de plomb. M. Tanquerel, ayant recherché l'influence des *climats*, a vu qu'ils n'en avaient pas d'autre que celle qui résulte de l'élévation plus ou moins grande de la température.

Le même auteur est porté à croire, d'après l'examen d'un certain nombre de faits, que l'on est d'autant plus exposé à contracter la colique de plomb, qu'on est plus jeune, et que les femmes, toute proportion gardée, y sont moins sujettes que les hommes.

Quant à la *constitution* et au *tempérament*, ils n'ont aucune influence marquée. Il n'en est pas de même de la *malpropreté* et des *écarts de régime*, qui favorisent le développement de cette maladie. Enfin M. Tanquerel a constaté que les autres maladies saturnines prédisposent à la colique de plomb.

§ III. — Symptômes.

Je ne saurais mieux faire, pour la description des symptômes de la colique de plomb, que d'emprunter le passage suivant à M. Grisolle, qui a, comme on sait, étudié avec beaucoup de soin cette maladie.

(1) *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.

(2) *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839. — A. Tardieu. *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. Paris, 1854, t. III, art. PLOMB.

« La colique de plomb, dit cet auteur (1), peut débuter d'une manière brusque, mais le plus souvent elle a des *prodromes* qui sont tous les *phénomènes d'intoxication* précédemment décrits et auxquels se joignent bientôt des douleurs dans les membres, l'inappétence, du malaise, et la difficulté des évacuations; les selles sont rares, les matières excrétées sont noires, rouillées.

» La *maladie déclarée*, les individus éprouvent une *douleur* plus ou moins vive siégeant à l'ombilic, moins souvent à l'épigastre ou à l'hypogastre : cette douleur occupe parfois plusieurs régions; elle s'irradie même vers les lombes, les parties génitales, etc. Elle est tantôt obtuse, contusive; plus souvent elle est aiguë et dilacérante. Elle est continue, mais sujette à des *exacerbations irrégulières*, pendant lesquelles les malades sont dans la plus grande anxiété : leurs yeux se cavent, la figure se grippe; ils poussent des cris, se roulent dans leur lit, et prennent les positions les plus bizarres pour se soulager. Beaucoup se couchent à plat ventre, car la pression exercée doucement et par degrés sur le ventre, avec la paume de la main étendue à plat, calme les douleurs dans plus des deux tiers des cas; d'autres fois elle ne soulage pas; mais il est extrêmement rare qu'elle les exaspère; cela n'a guère lieu que chez un dixième des sujets environ.

» Chez le tiers de ces malades, le *ventre* est plus ou moins rétracté; chez les autres, il a sa forme ordinaire. La rétraction se remarque surtout dans les coliques violentes. Ce phénomène nous paraît tenir à une contraction spasmodique des muscles abdominaux s'appliquant instinctivement sur les viscères pour en atténuer les souffrances. Presque tous les individus atteints de colique saturnine sont *constipés*, et cette constipation est le plus ordinairement très opiniâtre,

» Plus des trois quarts des malades ont des *nausées* qui, chez la plupart, sont suivies de *vomissements* parfois aqueux, presque toujours bilieux, amers, et d'un vert porracé; quelques uns sont en même temps tourmentés par des *éructations* et des *hoquets*.

» Chez ces individus, la *langue* est nette ou blanchâtre; la *soif* est variable, l'*inappétence* complète; l'*haleine* exhale ordinairement une odeur saburrale.

» La *sécrétion urinaire* est presque toujours diminuée, et chez quelques malades la miction est douloureuse et s'accompagne de ténesme.

» Le plus souvent il existe des douleurs dans différentes parties du corps, telles que de la *céphalalgie* (chez un quart), des *tiraillements*, des *douleurs* convulsives vers les *cordons testiculaires* (chez un quart), des *crampes*, un sentiment d'engourdissement ou bien des *douleurs* lancinantes et dilacérantes *dans les muscles* des membres inférieurs (chez les trois quarts), ou des supérieurs (chez la moitié), plus ou moins fréquemment dans les muscles lombaires (chez un tiers); enfin quelques uns (un septième) éprouvent un sentiment de *constriction pénible vers le thorax*.

» Au milieu de souffrances si vives, la *peau* conserve sa température et le *pouls* sa fréquence; souvent même il est plus lent que de coutume. Les malades sont fatigués, leurs *forces* sont anéanties, ils sont *privés de tout sommeil*.

» La colique peut se compliquer d'autres affections saturnines, et notamment de divers accidents cérébraux et des différentes formes de paralysie dont nous par-

(1) *Traité de pathologie*, 1848, t. II.

lerons plus loin. Elle peut aussi se compliquer de toute autre maladie étrangère au plomb; mais la chose est rare, excepté néanmoins pour l'*ictère*, qui survient dans un huitième des cas environ. »

J'ajouterai, pour compléter cette description, que M. Tanquerel, par des recherches attentives, a constaté l'existence, pendant les accès de coliques, de la *rétraction de l'anus* et de *contractions violentes du rectum*, semblables à des crampes. Il a noté aussi l'existence de *tumeurs mobiles dans l'abdomen*, dues à des accumulations de gaz.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la colique de plomb est variable. M. Tanquerel a distingué trois périodes : *période d'invasion*, *période d'augment* et *période de déclin*. La première marche avec une rapidité très variable ; dans la seconde, les exacerbations ou *accès de colique* sont plus ou moins éloignés et ont une intensité très diverse ; la dernière peut se terminer très brusquement par la disparition de tous les symptômes ; mais il n'est pas très rare de voir, au moment où tous les accidents semblent s'amender, la colique reparaître avec une nouvelle intensité.

La *durée* de cette affection, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, ou lorsqu'elle n'est pas convenablement traitée, est indéterminée ; mais, dans l'immense majorité des cas, un traitement convenable en fait justice en très peu de jours.

Les *rechutes* sont assez fréquentes. M. Tanquerel a constaté qu'elles se produisent une fois sur vingt ; elles sont provoquées ordinairement par des écarts de régime ; mais le plus souvent elles sont dues à l'emploi d'un mauvais traitement.

Les *récidives* sont très fréquentes : c'est-à-dire que les sujets qui ont été une première fois affectés de cette maladie sont plus exposés qu'auparavant à la contracter, s'ils se remettent sous l'influence des mêmes causes, ce qui n'arrive que trop souvent.

§ V. — Lésions anatomiques.

On n'a trouvé absolument aucune lésion qui puisse rendre compte de la colique de plomb, car la rétraction du tube digestif est une simple conséquence de l'affection ; c'est là le principal motif qui a fait regarder la colique de plomb comme une névralgie ; aussi ne dois-je pas m'arrêter sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Quelques auteurs ont beaucoup insisté sur le diagnostic de la colique de plomb ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'ils ne l'ont fait que par excès de précaution. On ne pourrait guère, en effet, confondre cette maladie qu'avec la gastralgie ou l'*entéralgie ;* mais outre qu'on peut presque toujours remonter aux renseignements, il y a une grande différence dans la marche de ces affections : elles n'offrent, sous ce rapport, aucune cause d'erreur. Quant aux cas dans lesquels la constipation est remplacée par la diarrhée, ils sont rares, et ils se distinguent des affections inflammatoires de l'abdomen par l'absence de toute fièvre, par les accès violents de la colique, par l'état général du malade.

Pronostic. La colique de plomb doit être regardée comme une maladie grave ;

car bien qu'elle n'occasionne pas la mort par elle-même, elle peut être suivie d'accidents cérébraux, de paralysie, en un mot avoir des conséquences redoutables.

§ VII. — Traitement.

Un assez grand nombre de moyens ont été mis en usage contre la colique de plomb; mais aujourd'hui il est reconnu par tous les praticiens qu'il n'y a qu'une seule méthode qu'on doive adopter, c'est celle qui unit les narcotiques aux évacuants; aussi me contenterai-je d'une rapide énumération des autres agents thérapeutiques.

Traitement de la Charité. Je dois commencer par ce traitement célèbre, et qui a procuré un très grand nombre de guérisons. Je vais donner d'abord la formule de ce traitement compliqué qui dure sept jours.

Formule du traitement de la Charité.

PREMIER JOUR. — 1° Dans la journée : *Eau de casse avec les grains*, ainsi composée :

♃ Casse en bâton concassée........................ 60 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.................................... 1000 gram.

Ajoutez :

Émétique............. 0,15 gram. | Sel d'Epsom .... 30 gram.

2° Dès l'entrée : *Lavement purgatif des peintres :*

♃ Feuilles de séné.............................. 15 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.................................... 1000 gram.

Ajoutez :

Sulfate de soude.......... 15 gram. | Vin émétique........... 120 gram.

3° Le soir : *Lavement anodin des peintres :*

♃ Huile de noix......... 180 gram. | Vin rouge.............. 360 gram.

4° A huit heures : *Bol calmant :*

♃ Thériaque.......... 4 à 6 gram. | Opium.......... 0,05 à 0,07 gram.

DEUXIÈME JOUR. 1° Le matin : *Eau-bénite :*

♃ Tartre stibié......... 0,30 gram. | Eau tiède............... 240 gram.

A prendre en deux fois, à une heure de distance.

2° Le reste du jour : *Tisane sudorifique simple :*

♃ Gaïac.............. } ãã 30 gram. | Salsepareille............. 30 gram.
Squine.............. }

Faites bouillir une heure dans :

Eau................. 2000 gram. | Jusqu'à réduction à...... 1000 gram.

Ajoutez :

Sassafras. . . . . 30 gram.	Réglisse. . . . . 15 gram.

Faites bouillir encore légèrement, et passez.

3° A cinq heures du soir : Le *lavement anodin des peintres*, ut suprà.
4° A huit heures : Le *bol calmant*, ut suprà.

TROISIÈME JOUR. — 1° *Deux verres* de la *tisane sudorifique laxative* suivante :

♃ Tisane sudorifique simple *ut suprà*. . . . . 1000 gram.
Séné. . . . . 30 gram.

Faites bouillir légèrement, et passez.

2° Dans la journée : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.
3° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.
4° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
5° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

QUATRIÈME JOUR. — 1° Le matin : *Purgatif des peintres :*

♃ Follicules de séné . . . . 8 gram.	Eau. 240 gram.

Réduisez par l'ébullition à 180 grammes. Ajoutez :

Sel de Glauber. . . . . 30 gram.	Sirop de nerprun. . . . . 30 gram.
Jalap en poudre. . . . . 4 gram.	

2° Après l'administration du purgatif : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.
3° A cinq heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

CINQUIÈME JOUR. — 1° *Tisane sudorifique laxative*, ut suprà.

2° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.
3° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

SIXIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du quatrième jour*.

SEPTIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du cinquième jour*, et, de plus, la *tisane sudorifique simple*, dans la journée.

RÉGIME. On prescrit la diète pendant le traitement ; seulement, dès le cinquième jour, on peut permettre du bouillon.

Après ce traitement complet, le malade est ordinairement guéri. On se contente alors de continuer pendant quelques jours l'usage de la *tisane sudorifique simple*, et parfois du *bol calmant*.

Si les accidents n'étaient pas complétement dissipés, on pourrait reprendre le traitement des derniers jours, à partir du troisième, du quatrième ou du cinquième, suivant les cas ; s'ils conservaient quelque gravité, on ne devrait pas hésiter à recommencer tout le traitement, et c'est ce qu'il faut faire dans les cas de rechute.

Ce traitement renferme une multitude de médicaments compliqués, et l'on peut supposer que plusieurs d'entre eux sont inutiles. Aussi bien des médecins ont-ils modifié la formule, retranchant un médicament ou l'autre, suivant leur manière de

voir. Ont-ils eu raison? Rien ne le prouve, car ils ne nous ont pas fait connaître le résultat de leur médication. Je pense que, si l'on veut administrer le traitement de la Charité, il n'y a, dans l'état actuel de la science, aucun motif d'en retrancher un moyen plutôt qu'un autre.

Quant aux résultats, j'ai dit plus haut qu'ils sont des plus satisfaisants, et c'est ce qu'a constaté M. Tanquerel. Mais n'est-il pas de médication plus simple et plus efficace? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

M. Tanquerel ayant vu mettre en usage l'*huile de croton* dans un nombre considérable de cas, a trouvé que, par ce moyen, les malades guérissaient plus rapidement, et dans une plus grande proportion des cas, que par le traitement de la Charité, dont néanmoins il reconnaît la grande efficacité. M. Grisolle qui, comme l'auteur que je viens de citer, a étudié avec un grand soin les maladies saturnines, est du même avis, en sorte que cette manière de voir a une très grande valeur; néanmoins il me paraît que les recherches doivent être continuées sous ce point de vue, parce que, un certain nombre de cas étant rebelles aux meilleures médications, et le hasard pouvant en réunir un grand nombre dans une série de faits, on ne saurait trop multiplier les expériences. Voici comment, d'après M. Tanquerel (1), doit être administrée l'huile de croton :

TRAITEMENT PAR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

« Le meilleur mode d'administration de l'huile de croton, c'est de la donner à la dose d'*une goutte* dans une cuillerée de tisane, à la première visite qu'on fait au malade.

» Si cette première prise ne produit pas de selles ni de vomissements, sept ou huit heures après, il faut encore administrer une *nouvelle goutte* ou un *lavement purgatif*.

» Le lendemain et le surlendemain, on devra encore prescrire l'huile de croton de la même manière.

» Le quatrième jour, lorsque le malade est entièrement débarrassé de tous les symptômes de la colique, on peut lui faire administrer un *second lavement purgatif*, que l'on continue jusqu'au septième ou huitième jour. Dans les cas rares où la colique n'a pas entièrement cessé le quatrième jour, *il faut encore donner une goutte d'huile de croton*, qu'on peut même répéter les jours suivants, si par hasard toutes les traces de la maladie n'avaient pas disparu.

» Lorsque le malade vomit l'huile de croton, un quart d'heure ou une demi-heure après son introduction, il faut *la mélanger avec* 30 *grammes d'huile de ricin*, ou l'administrer en *lavements à une dose double* de celle prescrite par la bouche.

» En même temps qu'on administre l'huile de croton, il est bon que le malade fasse usage d'une *grande quantité de tisane*. La plupart des nôtres buvaient chaque jour *deux ou trois pots d'orge miellée.* »

M. Grisolle conseille, s'il y a des symptômes saburraux, de commencer par administrer l'*éméto-cathartique* suivant :

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 401.

℞ Tartre stibié... 0,10 ou 0,15 gram. | Sulfate de soude........... 15 gram.

On favorise l'action évacuante par des *lavements purgatifs*.

Tous les soirs on donne de 5 à 10 centigrammes d'*opium* pour procurer un peu de sommeil.

Il n'est pas rare de voir la première administration de l'huile de croton produire une amélioration des plus marquées; mais l'expérience a prouvé qu'il ne fallait pas s'arrêter, et que le remède doit être donné au moins pendant trois jours; et si plus tard les accidents se reproduisaient avec une certaine intensité, il ne faudrait pas hésiter à revenir à son emploi.

Telles sont, comme je l'ai dit plus haut, les seules médications dans lesquelles on puisse, jusqu'à nouvel ordre, avoir une entière confiance; mais on a vanté encore d'autres moyens que je vais énumérer :

M. Aran (1) emploie le chloroforme en applications *loco dolenti* dans une potion, à la dose de 30 gouttes, et en lavements; les doses peuvent être répétées dans la journée; mais ce médicament n'est employé qu'à titre d'adjuvant. On n'a pas besoin, comme pour l'opium et la belladone, de se préoccuper des conséquences de son emploi. Les coliques sont très promptement calmées.

M. Malherbe (2) remplace l'opium par la *belladone* qui, outre son action sédative, possède également des propriétés légèrement laxatives. Il dit avoir obtenu de bons résultats dans 29 cas dans lesquels il a employé ce médicament de la manière suivante :

Le premier jour, extrait de belladone 0,05 grammes unis à 0,10 grammes de poudre de racine de la même plante. Si l'action du médicament est évidente, il continue à la même dose pendant trois ou quatre jours, puis diminue et cesse; dans le cas contraire, il va jusqu'à doubler et même tripler ces doses.

Les *boissons chargées d'hydrogène sulfuré*, proposées d'abord par Lalouette, puis par MM. Chevallier et Rayer, sont aujourd'hui abandonnées; la *limonade sulfurique*, vantée par M. Foucat et surtout par M. Gendrin (3), est un moyen reconnu infidèle par tous les autres expérimentateurs; l'*alun*, le *mercure*, le *fer*, le *plomb* qui a été prescrit lui-même, ne méritent pas plus de confiance. La *méthode antiphlogistique* a été vantée par un certain nombre de médecins; mais dans les cas où elle a paru avoir du succès, on a mis en usage des purgatifs, et tout porte à croire que c'est à eux qu'on doit la guérison de la maladie. Dans un certain nombre de cas, l'*opium* et les autres narcotiques ont eu un effet plus marqué; mais aujourd'hui tout le monde reconnaît qu'il est nécessaire de les associer aux évacuants. On a encore conseillé la *noix vomique*, mais ce médicament est abandonné.

Dans ces derniers temps, M. Sandras (4) ayant traité un assez grand nombre de sujets par le *persulfure de fer*, a obtenu des guérisons remarquables, et regarde ce moyen comme supérieur au traitement de la Charité; il est à désirer que ces

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1852.
(2) *Revue méd.-chir. de Paris*, décembre 1850.
(3) *Transactions médicales*. Paris, 1832, t. VII. — *Lettre à l'Académie des sciences*, 15 février 1840. — *Annales d'hygiène*. Paris, 1841, t. XXV, p. 463; t. XXVI, p. 543.
(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 432.

expériences soient continuées. Le *tabac* en fomentations et en lavements a été également conseillé par des médecins qui ont été sans doute trompés par quelques cas exceptionnels de guérison. Quant au traitement très compliqué de M. Ranque, je ne l'exposerai pas ici, parce que rien ne prouve qu'il ait une efficacité approchant de celle de la méthode évacuante ; je dirai seulement qu'il est à la fois *révulsif* et *calmant*.

ARTICLE III.

ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SATURNINS.

Les *accidents cérébraux saturnins* avaient passé inaperçus ou avaient été attribués à d'autres causes qu'à l'intoxication saturnine jusqu'à ces trente dernières années ; alors on commença à publier quelques observations qui prouvèrent que les symptômes cérébraux étaient véritablement le résultat de l'empoisonnement par le plomb ; et enfin, en 1836, M. Grisolle (1) a pu, à l'aide d'un certain nombre de faits bien observés, donner l'histoire des principales formes qu'affectent les accidents cérébraux saturnins. Aussi est-ce à cet auteur que nous devons emprunter les principaux détails de cet article.

§ I. — Symptômes.

Les formes dont il s'agit sont au nombre de trois : 1° *forme délirante ;* 2° *forme convulsive ;* 3° *forme comateuse.* Je les décrirai successivement après avoir dit un mot des prodromes qui leur sont communs.

Début ; prodromes. Dans un certain nombre de cas, la maladie survient tout à coup et d'une manière foudroyante, revêtant tantôt une forme, tantôt une autre. Bien plus souvent les choses se passent autrement : chez des individus dont la plupart viennent d'être en proie à la colique de plomb, et dont quelques uns éprouvent encore les symptômes de cette colique, il survient les symptômes suivants : céphalalgie frontale ou sincipitale ; vertiges ; sommeil agité ou somnolence ; hébétude du regard ; accélération du pouls ; inquiétude ou tristesse ; parfois amaurose ; engourdissement ; fourmillements ou douleurs dans les membres.

1° *Forme délirante.* Cette forme se remarque chez un quart des individus affectés d'accidents cérébraux. Le *délire* consiste quelquefois en une simple divagation ; plus souvent c'est un *délire furieux* avec vociférations, injures, coups donnés aux personnes qui approchent les malades, et parfois illusions et hallucinations. Dans un certain nombre de cas, entre les paroxysmes, les malades recouvrent en partie leur raison.

Le délire est *continu*, mais avec des exacerbations ordinairement très violentes et irrégulières ; pendant ces *paroxysmes*, la raison est toujours complétement perdue.

Ce délire peut se dissiper de lui-même, au bout de quatre ou cinq jours, après un sommeil paisible, et les malades ne conservent qu'une idée confuse de ce qui s'est passé. Ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquents, et, dans un certain nombre d'entre eux, les rechutes sont à craindre. Quelques sujets meu-

(1) *Journal hebdomadaire*, t. IV.

rent subitement au plus fort de leur délire ; d'autres se *donnent la mort*, et, dans le plus grand nombre des cas, cette forme délirante se *termine par la forme comateuse.*

2° *Forme convulsive.* Cette forme a reçu les noms de *forme épileptique* ou d'*épilepsie saturnine.* M. Grisolle n'a jamais pu constater l'existence de l'*aura epileptica.* Voici les différentes variétés que présente l'épilepsie saturnine :

Quelques individus (un septième) *tombent subitement sans connaissance ;* la *sensibilité* est abolie, les *yeux* sont fixes ; on n'observe *aucune convulsion.* Cet état dure plusieurs heures.

« Lorsque, dit M. Grisolle, à qui j'emprunte tous ces détails, les malades reprennent connaissance, ils *ne jouissent pas immédiatement de la plénitude de leurs facultés intellectuelles ;* ils ne se rappellent ni leur attaque ni souvent les circonstances qui l'ont précédée ; leur physionomie porte l'empreinte d'une *stupeur* profonde ; leurs membres sont tremblants ; ils chancellent, s'ils sont debout, et ne saisissent les objets extérieurs qu'avec hésitation ; leurs idées sont confuses ; leur parole est lente, embarrassée.

» Bientôt, c'est-à-dire après huit ou dix minutes, une ou plusieurs heures, une *nouvelle attaque* se déclare : celle-ci s'accompagne ordinairement de *mouvements convulsifs ;* on voit alors la figure du malade s'injecter tout à coup, puis, et en un instant presque indivisible, la rougeur est remplacée par la *pâleur* de la mort. Si l'individu est debout, il *tombe à la renverse* comme une masse inerte, insensible à tous les excitants extérieurs. Aussitôt *tout son corps se roidit :* les membres, les supérieurs surtout, éprouvent de légères *secousses ;* on n'observe pas généralement de mouvements désordonnés qui poussent les malades hors du lit où ils reposent. Ordinairement la roideur, quelquefois presque tétanique, prédomine dans un côté ; alors on voit la *face* horriblement défigurée ; les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche ; les paupières sont fermées ou largement ouvertes ; les *yeux* fixes ou roulants ; toutes ces parties sont agitées de petits mouvements convulsifs. La *langue*, dans la moitié des cas, saisie entre les dents, est déchirée ; une *salive écumeuse*, très rarement sanguinolente, inonde les lèvres, en même temps que le gonflement des veines du cou et la turgescence violacée de la face viennent augmenter encore l'horreur d'un pareil tableau.

» Pendant que ces phénomènes existent, la *respiration* est courte et pénible ; elle devient bruyante, stertoreuse, lorsque la résolution arrive. Alors la pâleur remplace la teinte violacée de la face ; la *peau* se couvre de *sueur ;* les membres sont dans une *résolution complète ;* les *pupilles* sont largement dilatées ; la *sensibilité* générale continue d'être abolie ; mais l'attaque est terminée après une durée moyenne de quelques minutes seulement.

» Quant à la marche ultérieure de l'affection, elle varie suivant les cas. Sur plus de la moitié des malades, après quatre ou dix minutes, la *sensibilité revient progressivement ;* l'intelligence reste obtuse ; le malade néanmoins est susceptible de percevoir quelques sensations ; il peut fournir quelques renseignements, mais communément il exprime mal ses pensées ; il bredouille souvent des mots inintelligibles. Quelques uns, à peine réveillés, s'agitent et vocifèrent ; ils sont devenus *maniaques ;* d'autres sont tourmentés par des idées sinistres, ou ont des visions effrayantes. Cette agitation furibonde, ces pensées tristes, cessent après quelques

minutes, ou au plus tard après quelques heures, et sont remplacées par une *nouvelle attaque d'épilepsie*, ordinairement plus intense que la première. Alors *les accès se rapprochent de plus en plus ;* ils deviennent presque subintrants lorsque la maladie doit avoir une terminaison fâcheuse ; dans leurs intervalles, qui sont fort courts, les malades ne recouvrent pas leur intelligence, mais restent plongés dans un *état comateux* et une insensibilité absolue.

» Dans quelques cas peu fréquents (une fois sur six), les convulsions sont irrégulières et difficiles à caractériser : c'est ce qui a fait dire à Stoll que presque tous les genres de convulsions ont lieu dans la colique saturnine, mais principalement la plus grave de toutes et qui attaque tout le corps, l'épilepsie, qui saisit, quitte, reprend les malades dans tous les temps et lorsqu'ils y pensent le moins.

» La forme convulsive peut être *irrégulière dès le début*, ou le devenir après des attaques d'épilepsie souvent répétées ; dans ces cas, ces convulsions sont partielles, affectent la face entière ou l'un de ses côtés seulement ; un ou plusieurs membres sont à la fois frappés de *contracture permanente*, persistant sans interruption trois, quatre, six heures et plus, jusqu'au terme fatal. Enfin on a vu des malades devenir *cataleptiques*, mais cette forme de convulsion est la plus rare de toutes ; nous ne l'avons jamais rencontrée.

» La mort arrive souvent après des phénomènes d'*asphyxie*, tantôt *subitement*, comme par une sorte de suspension de l'action nerveuse, tantôt sans convulsions et *dans un état de coma* qui peut persister de quelques heures à un jour. »

3° *Forme comateuse*. Nous avons vu que les deux formes précédentes se terminent fréquemment par le coma ; dans quelques cas aussi, la forme comateuse se manifeste d'emblée, et alors on observe les phénomènes suivants : D'abord le malade ne paraît plongé que dans une *somnolence profonde*, dont on peut encore le tirer de manière à en obtenir quelques réponses sur ce qu'il éprouve actuellement ; il est généralement calme, mais par moments il fait entendre quelques *plaintes*, s'agite, se met à son séant, sur ses genoux, etc. Les *yeux* sont fermés ou largement ouverts ; mais dans les deux cas la vue est abolie, il y a *amaurose*. Si la maladie ne se transforme pas en épilepsie, le malade revient à lui ; il a seulement l'air étonné, il ne répond pas encore, et les facultés ne se rétablissent que peu à peu.

§ II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tels sont les symptômes et la *marche* qui caractérisent ces troubles cérébraux ; quant à la *durée*, voici ce qu'a constaté M. Grisolle : « La durée de la maladie varie, dit-il, suivant la forme des accidents. Le *délire*, s'il est intermittent, peut se prolonger, sans entraîner la mort, pendant quatre, six, neuf et dix-sept jours. Les *attaques d'épilepsie* peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Enfin l'*état comateux* persiste le plus souvent de deux à six jours ; mais dans quelques cas heureusement fort rares, la durée de l'affection, considérée en général, est très courte ; car quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même suffisent pour emporter les malades. »

Les *récidives* ne sont pas rares, alors même que les malades ne se soumettent plus à l'action délétère du plomb ; mais M. Grisolle a constaté, d'après les faits

qu'il a pu observer, qu'elles ne paraissent plus à craindre après la fin du second septénaire.

§ III. — Lésions anatomiques.

Dans plus de la moitié des cas, il n'y a aucune lésion appréciable. Chez les autres sujets, on trouve une augmentation de volume du cerveau ; les circonvolutions sont serrées et aplaties, et la dure-mère est distendue. Les ventricules sont vides, et leur cavité a perdu une partie notable de sa capacité. Quelquefois la pulpe cérébrale a une coloration jaunâtre.

§ IV. — Diagnostic, pronostic.

Les symptômes décrits plus haut n'ayant rien de pathognomonique, c'est par l'existence actuelle ou antérieure d'autres accidents saturnins, et en particulier de la colique, qu'on arrivera au diagnostic. Si l'amaurose existe elle mettra aussi sur la voie par sa brusque apparition et sa disparition au bout de quelques jours. L'état constamment calme du pouls mérite encore de fixer l'attention.

Pronostic. La mortalité est de plus de la moitié ; c'est dire toute la gravité du pronostic. La forme convulsive est la plus grave. Il est rare que le malade succombe quand il a passé le sixième ou le septième jour.

§ V. — Traitement.

Nous devons convenir que nos ressources thérapeutiques sont très bornées. La *saignée* et les *applications froides sur la tête* sont, d'après M. Grisolle, non seulement inutiles dans la grande majorité des cas, mais encore nuisibles. Je dois dire néanmoins que, dans les cas assez nombreux que j'ai observés et traités, une ou deux applications de *sangsues* au cou ne m'ont pas paru aggraver les accidents.

M. Grisolle pense qu'un large *vésicatoire* sur tout le cuir chevelu peut être utile dans la forme comateuse ; mais ce n'est encore qu'une présomption. Il en est de même des *affusions froides.*

L'*opium* est utile dans le *délire furieux ;* il calme, et procure le sommeil. On l'administre sous forme de lavement (quinze ou vingt gouttes de laudanum dans un demi-lavement émollient).

Le *sulfate de quinine* et les *antispasmodiques* ont constamment échoué.

Le *traitement de la Charité*, ou toute autre méthode évacuante, ne produit aucun effet contre les accidents cérébraux.

M. Rayer, cité par M. Tanquerel, a fini par abandonner tous ces traitements plus qu'incertains, et, s'en tenant à la *méthode expectante*, il a vu, sur trente-quatre malades, un seul cas de mort. Ce résultat est bien remarquable, et tend à prouver que les remèdes préconisés sont plus qu'inutiles, qu'ils sont très nuisibles.

ARTICLE IV.

ARTHRALGIE SATURNINE.

Après la colique de plomb, l'arthralgie saturnine est la plus fréquente de toutes les affections qui sont dues à l'intoxication causée par ce métal. Jusqu'à M. Tan-

querel, on s'était contenté de signaler des douleurs plus ou moins vives dans différentes parties du corps chez les sujets soumis à l'influence du plomb ; cet auteur nous a donné une description détaillée et intéressante de la maladie (1).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'arthralgie saturnine est caractérisée par des douleurs des membres sans trajet déterminé, diminuées par la pression, augmentées par les mouvements, et offrant des exacerbations plus ou moins marquées.

Ces douleurs avaient été désignées par Sauvages sous le nom de *rhumatisme métallique*.

§ II. — Causes.

En général, les ouvriers les plus exposés à la colique de plomb sont aussi les plus sujets à l'arthralgie saturnine. Il faut seulement noter que *les ouvriers des fabriques de minium sont beaucoup plus sujets à l'arthralgie qu'à la colique.* La plus ou moins grande violence de la colique de plomb n'a pas de rapport direct avec le développement de l'arthralgie.

§ III. — Symptômes.

Prodromes. Outre les signes d'intoxication générale, le malade éprouve ordinairement pendant quelques jours un engourdissement et une lassitude variables dans les membres qui doivent être affectés. Cet état est d'abord passager, existant le matin et se dissipant dans la journée. Il devient peu à peu plus intense et de plus longue durée ; dans quelques cas, les douleurs *débutent* brusquement ; dans le plus grand nombre, le début de l'affection a lieu la nuit.

Symptômes. La *douleur* est le principal symptôme de cette affection ; le *siége* de cette douleur peut être dans presque toutes les parties du corps ; mais elle se montre ainsi qu'il suit dans l'ordre de fréquence : membres inférieurs, lombes, thorax, dos et tête. Il n'est pas rare de voir plusieurs de ces points, et notamment les membres inférieurs et les membres supérieurs, être affectés à la fois.

Dans les membres, la douleur a son siége principal dans le sens de la flexion, ses limites sont très variables ; et, ainsi que je l'ai dit plus haut, elle ne suit pas un trajet fixe comme la névralgie.

Cette douleur a, du reste, tous les caractères de l'élancement névralgique : dilacérante, brûlante, poignante, etc. Elle a, en général, des *paroxysmes* très marqués, pendant lesquels les malades sont souvent en proie à une très vive agitation. Dans un certain nombre de cas, elle ne consiste, au contraire, que dans un simple malaise.

Après les *accès*, les malades n'ont plus qu'un sentiment de brisement ou de constriction des parties affectées.

Ces accès sont plus ou moins rapprochés, quelquefois très fréquents ; un mouvement, une sensation de froid peut les provoquer ; ils ont lieu ordinairement la nuit.

Il est ordinaire de voir la douleur *diminuée par la pression.* Cependant il faut

(1) *Loc. cit.*, t. I.

lire que la pression n'a pas été exercée avec tout le soin possible, et il ne faut pas oublier ce fait, que les douleurs du ventre, dans la colique de plomb, sont souvent apaisées par une pression large, et augmentées par une pression exercée avec l'extrémité des doigts. N'en serait-il pas de même dans l'arthralgie? Je regrette de n'avoir pas encore fait cette expérience; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, la pression exaspère la douleur.

Des *crampes*, des *spasmes*, *la rigidité* des muscles des parties affectées accompagnent la douleur, principalement au moment des accès.

Du reste, il n'y a rien d'apparent à la peau, et le malade est *sans fièvre*.

Les diverses fonctions des organes voisins des parties occupées par la douleur sont plus ou moins troublées : ainsi, dans la douleur de la poitrine, la respiration est gênée; dans celle de la face, la sécrétion des fosses nasales se supprime, etc.

La douleur se porte souvent d'un point dans un autre, quelquefois elle en occupe un grand nombre à la fois.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est, en général, très irrégulière; quelquefois les symptômes se dissipent brusquement; plus souvent ils diminuent progressivement. Dans un certain nombre de cas, la marche de la maladie est *chronique*.

Les *rechutes* et les *récidives* sont fréquentes et longtemps à craindre.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, elle peut se perpétuer; bien traitée, elle n'a ordinairement qu'une durée de trois à six jours. Il est fréquent de voir la *paralysie* succéder à l'arthralgie saturnine.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Il est évident que la maladie ne saurait être confondue qu'avec une *névralgie*. Ce qui distingue ces deux affections, c'est que, dans l'arthralgie, la douleur ne suit pas de trajet déterminé, et qu'il n'y a pas de points douloureux circonscrits. Je ne parle pas de la douleur à la pression : car, dans quelques cas, elle existe dans cette maladie, comme dans les névralgies, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

§ VI. — Traitement.

Les *bains sulfureux* donnés tous les jours, pendant sept ou huit jours, ou plus, si le cas l'exige, sont, d'après l'expérience, un des moyens auxquels on doit avoir le plus de confiance.

Il résulte des expériences de MM. Guillot et Melsens (1) que l'*iodure de potassium* a une très grande efficacité contre l'intoxication saturnine. Depuis l'époque où ils ont fait leur communication à l'Institut, j'ai plusieurs fois employé ce sel à la dose de 2 grammes par jour, chez des sujets affaiblis, cachectiques, éprouvant les douleurs dans plusieurs parties du corps, et ce traitement a toujours été suivi promptement des meilleurs effets. On ne saurait donc trop engager les praticiens à le mettre en usage.

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, mars 1849.

ARTICLE V.

PARALYSIE SATURNINE.

C'est encore à M. Tanquerel que nous devons l'histoire détaillée de la paralysie saturnine, qui, avant lui, avait été indiquée, mais non décrite.

Il est rare que cette paralysie se déclare primitivement; presque toujours elle se montre après la colique et l'arthralgie. Une sensation de froid, d'engourdissement, de la difficulté dans les mouvements, annoncent pendant un temps variable la paralysie.

§ I. — Symptômes.

M. Grisolle, ayant donné un bon résumé de la symptomatologie, d'après les travaux de M. Tanquerel, je crois devoir lui emprunter le passage suivant :

« La paralysie est rarement générale et complète; mais le plus souvent elle est *bornée à un système de muscles;* elle peut même être circonscrite à un seul muscle, ou à un seul de ses faisceaux. Les *membres supérieurs* sont cinq ou six fois plus souvent atteints que les inférieurs; il n'est pas rare que *les quatre membres* soient simultanément affectés; presque toujours la paralysie est *bornée aux muscles extenseurs;* elle s'étend fréquemment aussi aux muscles qui concourent à l'articulation de la *voix*. Ainsi les malades qui peuvent encore se tenir debout, tremblent sur leurs jambes; leurs mouvements sont incertains; leurs jambes et leurs cuisses sont fléchies à cause de la paralysie des muscles de la partie antérieure (muscles extenseurs); les membres supérieurs sont pendants le long du tronc, si la paralysie est complète; mais le plus souvent celle-ci n'atteint guère que les muscles extenseurs du *poignet* et des doigts. Ces parties sont alors fléchies; les malades ne peuvent plus saisir aucun objet, tandis qu'ils conservent les mouvements de l'épaule et du bras.

» Chez ces individus, les lèvres sont ordinairement tremblantes; la *langue* semble se mouvoir difficilement; la *parole* est embarrassée; il y a parfois du bégaiement; si la paralysie porte sur quelques muscles du *larynx*, il peut y avoir *aphonie;* mais cet accident est rare. Il en est de même de la paralysie des muscles intercostaux, qui, lorsqu'elle existe, amène bientôt la mort par *asphyxie*. La *sensibilité* est presque toujours intacte dans les membres paralysés; mais chez un vingtième des malades environ, les parties privées de mouvement sont également insensibles. Cette insensibilité peut n'atteindre que la *peau*, ou frapper en même temps les parties profondes.

» Lorsque la *paralysie* est devenue *complète* et persiste depuis longtemps, les muscles finissent par s'atrophier. Si la paralysie n'affecte qu'un système de muscles, ceux-ci sont les seuls qui s'atrophient; ce qui fait un contraste fort remarquable avec les reliefs que forment les muscles des mêmes parties qui ne sont pas paralysés. Ceux-ci alors, en imprimant à une certaine région du corps comme au poignet, par exemple, un état de flexion forcée, et en les tiraillant, déterminent le *déplacement* et la saillie *des tendons* et même *des os* du carpe. Lorsque la paralysie saturnine est très étendue, la *nutrition générale* languit, les malades s'affaiblissent, s'étiolent, les *digestions* se dérangent, les membres s'infiltrent, des

scarres se développent sur les parties qui supportent la pression du corps pendant le décubitus; enfin la mort survient dans le *marasme.* »

Cette paralysie est une de celles où les muscles ne se contractent pas sous l'influence de l'excitation électrique, ainsi que l'a démontré M. Duchenne, de Boulogne; ce qui n'empêche pas, ainsi qu'on le verra plus loin, l'électricité d'agir comme moyen curatif.

J'ajouterai, pour terminer cette description, que la *paralysie du sentiment*, que nous venons de voir se montrer avec la paralysie du mouvement, peut quelquefois exister seule. Elle a été décrite par M. Tanquerel, sous le nom d'*anesthésie saturnine.* Elle est complète ou incomplète, et occupe une plus ou moins grande étendue du corps. Son siége de prédilection est aux membres. Il résulte des recherches de M. Beau que l'anesthésie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait. Il est rare, en effet, de trouver un sujet sous l'influence du plomb qui n'ait la sensibilité de la peau, surtout aux bras, plus ou moins affaiblie. L'*amaurose* peut aussi se montrer isolée avant ou après d'autres accidents saturnins.

§ II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La paralysie se produit plus ou moins rapidement; mais ordinairement sa marche est lente, et sa *durée* est ensuite illimitée. Par un traitement actif, on obtient, dans un certain nombre de cas seulement, une guérison complète ou incomplète.

§ III. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés, car en supposant qu'on n'ait pas de renseignements, ce qui ne paraît guère probable, la forme de la paralysie la distingue de toutes les autres.

Le *pronostic* est grave; car souvent la paralysie est incurable; souvent aussi on n'obtient qu'une guérison incomplète, sans que l'on puisse ordinairement dire d'avance quel sera le résultat du traitement.

§ IV. — Traitement.

La *méthode évacuante* est inutile. On a employé avec quelque succès les *frictions excitantes* sur les membres malades, ainsi que les *bains de mer*, les *bains sulfureux* et les *bains ferrugineux;* mais ces moyens sont bien souvent infidèles Il en est de même des *sinapismes*, des *vésicatoires*, de *la pommade stibiée* sur les parties paralysées.

L'*électricité*, et en particulier le *galvanisme*, ont procuré un certain nombre de guérisons dans des cas très graves, et en général on en obtient de bons effets, alors même que la guérison n'est pas complétement obtenue.

La *noix vomique* a été administrée par M. Fouquier avec des succès remarquables. Aujourd'hui on administre la *strychnine* de la manière suivante :

On commence par en donner *sept ou huit milligrammes* pendant deux ou trois jours; puis on en donne *un centigramme*, et l'on augmente graduellement la dose jusqu'à ce que le malade en prenne *cinq*, *six ou sept centigrammes* par jour. Lorsqu'on arrive à ces dernières doses, il faut surveiller attentivement les effets du remède, qui pourrait causer des accidents. Il est rarement nécessaire de les dé-

passer. La strychnine s'administre en *pilules ou dans une potion.* On peut encore la faire absorber par *la méthode endermique.*

Il résulte des faits observés par M. Tanquerel, que ces *trois moyens réunis:* les bains sulfureux, l'électricité et la strychnine, constituent la médication qui procure le plus de guérisons.

ARTICLE VI.

PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS SATURNINES.

Je me contenterai de citer l'extrait suivant d'un rapport fait par M. Combes à l'Académie des sciences; il renferme les principaux points du *traitement prophylactique.*

« Les maladies des ouvriers cérusiers peuvent être généralement prévenues par la substitution des procédés mécaniques au travail manuel dans les opérations où les hommes sont obligés de toucher ou de manier la céruse; par l'intervention de l'eau dans la séparation des écailles des résidus de plomb, la pulvérisation de ces écailles et le criblage qui la suit; par la substitution du moulage en prismes ou en briques, à l'empotage de la céruse broyée à l'eau; par le broyage à l'huile, dans la fabrique même, à l'aide d'appareils convenables, de toute la céruse qui subit cette manipulation avant d'être mise en œuvre; par la clôture, dans des chambres isolées des ateliers, de tous les mécanismes servant à la pulvérisation, tamisage ou blutage à sec de la céruse, lorsque ces opérations sont indispensables. On préviendrait l'issue de la poussière par les ouvertures que nécessite l'introduction des matières et le passage des arbres de transmission du mouvement, en dirigeant des courants d'air vers l'intérieur des chambres surmontées, à cet effet, d'un tuyau en forme de cheminée, élevée au-dessus du toit, et en faisant tourner les arbres de transmission dans des anneaux de matière élastique ou des bourrelets constamment humectés et fixés aux parois. Enfin, on compléterait ces mesures par une ventilation très active des ateliers, et par des précautions hygiéniques d'une observation facile pour les ouvriers. »

Telles sont les maladies causées par le plomb. Je ne crois pas devoir entrer dans de plus grands détails sur la prophylaxie de l'intoxication saturnine appliquée aux fabriques. C'est un point d'hygiène que les médecins attachés à ces établissements doivent étudier dans les ouvrages spéciaux, et particulièrement dans celui de M. Tanquerel qui a traité avec soin ce point important.

ARTICLE VII.

COLIQUE DE ZINC.

On sait que dans ces derniers temps on a remplacé dans plusieurs industries, et notamment dans la fabrication des couleurs pour la peinture, le plomb par le zinc, cette dernière substance étant regardée comme innocente. Mais quelques faits sont venus faire craindre que cette innocuité ne soit pas parfaite, et l'on a parlé d'une *colique de zinc*, d'*accidents cérébraux*, de *paralysies* causées par le zinc, en un mot de symptômes semblables à ceux que produit le plomb. Il faut dire tout d'abord que les accidents de ce genre sont infiniment rares, et, en second lieu, qu'il

n'est pas prouvé que dans quelques uns des cas cités on n'eût pas réellement affaire à des accidents causés par le plomb. D'un autre côté, les faits rapportés ne sont pas assez détaillés pour servir à une histoire complète des affections que peut occasionner le zinc. Ce qui résulte principalement des renseignements que nous possédons, c'est que si de semblables affections existent, elles n'ont, sous le rapport de leur fréquence et de la facilité avec laquelle on les contracte, rien qui approche des affections saturnines. On peut dire que ces accidents sont de simples exceptions. Aussi me contenterai-je de citer ici les faits suivants :

M. Bouvier (1) a observé chez un homme occupé soit à embarriller le blanc de zinc, soit à réparer des barriques qui avaient déjà servi, des symptômes semblables à ceux de la colique de plomb : vomissements, douleurs abdominales, constipation. Le traitement par les purgatifs et l'opium fut suivi d'une guérison prompte. M. Bouvier apprit que cinq autres ouvriers employés aux mêmes travaux avaient éprouvé les mêmes accidents. Il fit laver avec soin le corps du malade, et les eaux du lavage ayant été analysées par M. Chatin, il fut démontré qu'elles ne contenaient ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appréciable de zinc.

M. Landouzy a fait connaître à l'Académie des sciences quelques faits analogues.

ARTICLE VIII.

COLIQUE DE CUIVRE.

Jusqu'à ces dernières années on n'élevait pas de doutes sur l'existence d'une véritable colique de cuivre analogue, non pour les symptômes, mais pour la manière dont elle se produisait, à la colique de plomb. Les recherches faites par MM. Chevallier et Boys de Loury (2) sont venues, sur ce point, changer complétement l'état de la science. Ces deux auteurs ayant, en effet, visité avec soin les manufactures, ayant pris des informations auprès des chefs, ayant recherché les maladies diverses dont les ouvriers peuvent être atteints, se sont assurés que ces maladies n'ont rien de particulier, qu'elles rentrent dans les affections intestinales ordinaires ; qu'elles n'ont pas de causes spéciales ; que le cuivre n'a par lui-même aucun inconvénient, et qu'en définitive *la colique de cuivre doit être rayée du cadre nosologique.*

Il semble, après cela, que je devrais supprimer une description qui n'a plus d'objet ; mais je crois qu'il vaut mieux la conserver pour montrer ce qu'on regardait autrefois comme une colique de cuivre, d'autant plus qu'on y verra une nouvelle preuve de l'opinion de MM. Chevallier et Boys de Loury, puisque les symptômes n'ont absolument rien de spécifique.

Il ne faut pas confondre la colique de cuivre avec les empoisonnements par les préparations de cuivre. Cette maladie due, suivant l'opinion ancienne, à une véritable intoxication, est toujours légère et cède à des moyens très simples.

La colique de cuivre est beaucoup plus rare que la colique de plomb. Elle attaque les fondeurs, les tourneurs en cuivre ; en un mot, tous ceux qui sont exposés à absorber une grande quantité de molécules de ce métal.

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 13 mai 1840.
(2) *Annales d'hygiène*, avril et juillet 1850.



Symptômes. Les symptômes sont ceux d'une entérite plus ou moins intense : *anorexie ; soif*, parfois des *nausées* et des *vomissements ; douleurs* autour de l'ombilic, exaspérées par la pression ; tension de l'abdomen ; *selles* liquides, fréquentes, jaunes, vertes, contenant du mucus ; quelquefois *ténesme ;* en même temps *mouvement fébrile* avec courbature.

Abandonnée à elle-même, et par les seuls soins hygiéniques, cette colique guérit en un septénaire environ. Le traitement peut beaucoup abréger cette durée.

Les renseignements seuls peuvent faire distinguer cette affection d'une entérite intense survenue spontanément.

Le *traitement* consiste dans la *diète*, le *repos* au lit, des boissons adoucissantes; des *cataplasmes* sur l'abdomen ; une petite quantité d'*opium ;* des *lavements laudanisés* et *amidonnés*.

Cette description, je le répète, est de nature à confirmer la manière de voir des deux médecins précédemment cités, puisqu'il est permis d'y voir, soit une gastro-entérite, soit une entérite simple, soit une dyssenterie.

ARTICLE IX.

TREMBLEMENT MERCURIEL.

La *salivation mercurielle* doit être rapportée à une intoxication ; mais j'en ai parlé dans un précédent volume (1). Quant à l'*hydrargyrie*, j'ai dit, en décrivant les maladies de la peau, qu'elle n'est autre chose qu'un *eczéma aigu ;* il ne me reste donc à parler que du tremblement mercuriel.

Les travaux sur cette maladie sont peu nombreux ; les plus importants sont ceux de Mérat (2), et de M. Al. Colson (3).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Cette affection, à laquelle on a donné aussi le nom de *tremblement des doreurs*, est caractérisée par des convulsions occupant une plus ou moins grande étendue du corps, sans autre accident remarquable, du moins dans la très grande majorité des cas. Avant l'emploi des moyens prophylactiques mis en usage aujourd'hui, la maladie était très fréquente ; elle l'est devenue moins encore depuis qu'on a découvert les procédés électro-chimiques pour la dorure des métaux.

§ II. — Causes.

L'*absorption du mercure vaporisé* est la cause principale du tremblement mercuriel ; c'est elle qui produit la maladie chez les doreurs sur métaux, les ouvriers des manufactures de glaces, les chapeliers, les ouvriers qui exploitent les mines de mercure. Plusieurs faits prouvent que l'absorption par d'autres voies peut produire le même effet; mais cela n'est pas fréquent. M. Colson a rapporté des cas dans lesquels le tremblement est survenu après l'usage de la *liqueur de Van-Swieten*,

(1) Voy. t. II, *Stomatite mercurielle.*
(2) *Mémoire sur le tremblement des doreurs sur métaux* (*Journ. de méd.*, par Corvisart, 1804, t. VIII, p. 391). — *Traité de la colique métallique.* Paris, 1812.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XII, XIV, XV.

ou de *frictions* sur la peau. Les infirmiers qui pratiquent ces frictions peuvent eux-mêmes contracter la maladie.

La *malpropreté*, le *froid* et l'*humidité*, paraissent prédisposer à cette affection. On a rangé parmi ses causes les vives *émotions morales*. On a aussi remarqué que le tremblement mercuriel est plus fréquent pendant l'*hiver*, ce qui tient, sans doute, non seulement à l'action du froid, mais à la nécessité où sont les ouvriers de se tenir renfermés dans des salles closes et pleines de vapeurs mercurielles.

§ III. — Symptômes.

Dans quelques cas rares, la maladie *débute* d'une manière brusque; mais le plus souvent le malade ressent d'abord un peu de faiblesse, moins de sûreté dans les mouvements, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que le tremblement se présente avec tous ses caractères. L'affection se déclare en premier lieu dans les membres supérieurs, puis elle attaque les membres inférieurs, les lèvres, la langue et les muscles de la face.

Le tremblement consiste en *petites secousses rapides* et continuelles, qui agitent principalement les membres. Si l'on fait étendre les bras en avant, ce *tremblement* est très sensible aux extrémités, et si l'on fait garder pendant quelque temps cette position, on voit que les secousses vont sans cesse en augmentant; si l'on fait tenir le sujet debout, on voit les genoux trembler de la même manière. Lorsque la maladie est médiocrement intense, les symptômes se bornent là, et le malade peut encore se servir de ses bras pour les besoins ordinaires de la vie, en ayant soin toutefois de prendre quelques précautions, comme le font les personnes affectées de simples tremblements nerveux.

Lorsque l'affection est plus intense, les malades ont de la *difficulté à saisir les objets*, parce que le tremblement dévie les mains des points vers lesquels elles veulent se diriger. S'ils cherchent à porter quelque chose à leur bouche, ils ne peuvent le faire qu'à plusieurs reprises, la flexion n'ayant lieu que par secousses, et ils sont exposés à répandre le liquide contenu dans le vase qu'ils tiennent à la main. A un degré plus élevé encore, les contractions étant plus étendues et plus brusques, les malades sont exposés à se frapper le visage quand ils veulent porter leur main à leur bouche, et ils *ne peuvent plus boire et manger seuls*. Des phénomènes analogues se manifestent dans les jambes suivant le degré de la maladie. En outre, les *lèvres* et la *langue* étant agitées du même tremblement à divers degrés, il y a de l'*embarras dans la parole*, parfois du bredouillement. Enfin on observe quelquefois le grimacement de la *face* par suite des contractions spasmodiques des muscles. Chez quelques uns la *mastication* est impossible, et, dans un nombre de cas peu considérable, la maladie peut occasionner l'*insomnie*, le *délire*, l'*affaiblissement de l'intelligence*, l' *obtusion de plusieurs sens*, et même la *perte de connaissance* momentanée. On a vu aussi des cas dans lesquels la *respiration* était pénible et convulsive. Du reste, l'*appétit* se conserve presque toujours, bien que quelquefois la langue soit pâteuse. Quant au *pouls*, il a ordinairement ses caractères normaux; quelquefois il est lent et un peu fort.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique ; la *durée* est longue en général, même quand on soumet le malade à un traitement efficace; les *récidives* sont fréquentes chez les sujets qui reprennent leurs travaux, et même une première attaque prédispose aux secondes, et ainsi de suite.

M. Burdin (1) est le seul qui ait cité des cas de *terminaison* par la mort; cette terminaison n'a lieu que chez des individus qui continuent leur état : elle survient soit à la suite d'une cachexie mercurielle, soit à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Deux maladies seulement peuvent être confondues avec le tremblement mercuriel : ce sont le *tremblement nerveux* et la *chorée ;* mais ce diagnostic n'offre pas de grandes difficultés. Dans le *tremblement nerveux*, en effet, il n'y a aucun signe de cachexie mercurielle : et dans la *chorée*, qui survient sur des individus jeunes, qui n'attaque souvent qu'un côté du corps, il y a des mouvements convulsifs désordonnés qui ne ressemblent pas aux petites secousses successives du tremblement mercuriel.

Pronostic. Le pronostic n'est réellement grave que dans le cas où le malade, ayant déjà eu plusieurs attaques et présentant, à un certain degré, les signes de la cachexie mercurielle, ne renonce pas aux métiers dans lesquels on emploie le mercure.

§ VI. — Traitement.

En première ligne, nous devons placer les *sudorifiques ;* les auteurs qui ont étudié particulièrement cette maladie en ont, en effet, constaté l'efficacité. Ainsi on prescrira la tisane de *salsepareille*, de *gaïac*, de *squine*, de *sassafras*, que l'on pourra édulcorer avec le *sirop de Cuisinier.* On peut encore prescrire l'*acétate d'ammoniaque*, à la dose de 15 à 30 grammes, dans un litre d'une des tisanes précédentes, ou bien à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion. La *poudre de Dower* remplit les mêmes indications.

On a aussi mis en usage avec succès les *bains chauds* et les *bains de vapeur ;* dans un certain nombre de cas que j'ai observés, les *bains sulfureux* répétés tous les jours, et *unis à l'opium* à dose modérée, ont procuré une guérison complète et assez rapide.

Les *narcotiques* et les *antispasmodiques* peuvent aussi venir en aide aux traitements que je viens d'indiquer; quant au *régime*, il doit être tonique, et il faut, autant que possible, donner pour habitation au malade un lieu bien aéré.

ARTICLE X.

CACHEXIE MERCURIELLE.

La *cachexie mercurielle* reconnaît les *mêmes causes* que le tremblement mer-

(1) *Dict. des sciences méd.*, t. LII, art. Tain.

curiel, et je dois dire ici qu'on la remarque ordinairement à un degré plus ou moins élevé chez les personnes affectées de cette dernière maladie. Il est plus commun de voir se montrer la cachexie que le tremblement chez les personnes soumises à un *traitement mercuriel exagéré*.

Symptômes. Cette cachexie consiste dans un état de *langueur de toutes les fonctions*, dans la *mollesse des chairs*, la bouffissure de la face, le gonflement, le ramollissement, la destruction des *gencives*, la chute de *dents*, la carie ou la nécrose des *os maxillaires;* quelques *hémorrhagies* par les muqueuses, une *anémie* particulière, l'*infiltration* des jambes, des *palpitations*, des *syncopes*, des *troubles digestifs* variés, l'*affaiblissement de l'intelligence*, quelquefois des *aberrations*, et enfin, dans un certain nombre de cas, un *mouvement fébrile* plus ou moins marqué, avec dépression du *pouls*.

C'est lorsque la cachexie est parvenue à ce degré, qu'on voit les malades succomber, ainsi que l'a observé M. Burdin (1).

Le *traitement* à opposer à cette cachexie particulière consiste dans un régime fortifiant, l'exercice en plein air, l'emploi des *toniques* et surtout des *ferrugineux*, et dans la plupart des moyens indiqués à propos du tremblement mercuriel. MM. Christison, Knud, Gusman (2), etc., ont employé contre elle, avec beaucoup de succès, l'*iodure de potassium* à dose modérée.

ARTICLE XI.

IVRESSE.

Je ne dirai que quelques mots sur cette intoxication dont je ne dois indiquer ici que le plus haut degré, celui qui constitue une véritable maladie pouvant causer la mort.

L'ingestion d'une très grande quantité de *liqueurs alcooliques*, surtout lorsqu'elle a été faite très rapidement, occasionne des symptômes fort graves : c'est ainsi qu'on a vu des individus, ayant avalé d'un trait un demi-litre d'eau-de-vie, perdre rapidement connaissance, tomber dans un collapsus dont rien ne pouvait plus les tirer, et succomber, au bout d'un temps ordinairement court, dans un état de *suspension de toutes les fonctions*.

Dans les cas les plus ordinaires, il survient seulement, après une période d'excitation de plus ou moins longue durée, un *état comateux* dont il est impossible de faire sortir le malade. En pareil cas, la *face* est turgescente et violacée, les *yeux* sont saillants, la *respiration* est stertoreuse, le *pouls* est tantôt dur et lent, et tantôt petit, *serré et fréquent ;* les *membres* soulevés retombent comme des masses inertes ; il s'exhale de la bouche, et souvent de toutes les parties du corps, une *odeur alcoolique* prononcée.

Le plus souvent cet état se termine par un *retour graduel de connaissance*, auquel succède pendant quelques heures un état d'accablement, de fatigue, de pesanteur de tête, une soif assez vive, l'état pâteux de la bouche, la perte de l'appétit ; mais il peut arriver aussi que les malades succombent dans cet état ; quel-

(1) Voy. *Tremblement mercuriel*.
(2) Voy. *Bull. gén. de thér.*, mars 1849, p. 262.

quefois une hémorrhagie cérébrale ou méningée rend compte de la mort, mais il est plus fréquent de ne trouver qu'une simple congestion cérébrale, suite de l'*asphyxie*.

C'est principalement sur l'odeur alcoolique qu'exhale le malade qu'on peut établir le *diagnostic*, auquel les renseignements viennent le plus souvent en aide. Dans les cas d'*apoplexie foudroyante*, avec lesquels on pourrait à la rigueur confondre l'ivresse, les symptômes marchent avec une beaucoup plus grande rapidité, car nous savons que, pour qu'une hémorrhagie cérébrale produise la résolution complète des membres, il faut, soit une lésion très étendue, soit une altération de la protubérance annulaire.

M. le docteur Lalaux (1) emploie un moyen qui éclaire le diagnostic et peut servir à la guérison. Il fait administrer au malade un ou deux lavements composés chacun de *deux cuillerées de chlorure de sodium* fondu dans quatre verres d'eau. Si les accidents tiennent à l'ivresse, on le reconnaît tout de suite à l'odeur aigre des fèces, et dans la majorité des cas, le malade recouvre en partie sa connaissance et indique la cause du mal.

Traitement. Si les accidents n'ont pas une intensité extrême, les malades n'ont besoin que de *repos* et de *boissons délayantes*. Dans les cas les plus graves, on doit *favoriser le vomissement* en faisant boire de l'eau tiède, en titillant la luette ou en administrant un *vomitif*. Si le danger paraissait imminent, on devrait pomper les liquides de l'estomac à l'aide de la *pompe œsophagienne*. Pour remédier aux symptômes généraux, on a administré l'*ammoniaque liquide*, à la dose de sept à huit gouttes, dans un verre d'eau sucrée ; si cette première dose ne suffisait pas, on la doublerait au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. On a encore administré l'*eau vinaigrée*, l'*eau salée*, le *café*, le *thé* ; mais l'action de ces substances est problématique ; les deux dernières seulement ont de bons effets lorsque les premiers symptômes se sont dissipés, et que le malade a repris connaissance.

Dans les cas où il y a des signes évidents de congestion cérébrale ou d'apoplexie, on ne doit pas hésiter à appliquer des *sangsues* derrière les oreilles, à pratiquer une ou plusieurs *saignées*, à promener des *révulsifs* sur les membres inférieurs ; en un mot, à traiter ces affections comme dans les cas ordinaires.

ARTICLE XII.

DELIRIUM TREMENS.

Saunders avait déjà fait connaître cette maladie lorsque Sutton (2) en donna une description détaillée et complète ; depuis lors un grand nombre d'auteurs anglais et allemands ont publié sur elle des travaux importants. En France, c'est à MM. Léveillé (3), Rayer (4), Esquirol (5) et Calmeil que nous devons les meilleurs travaux sur ce point de pathologie.

(1) *Abeille médicale*, 16 septembre 1851.
(2) *Tracts on delirium tremens*. London, 1813.
(3) *Mém. sur la folie des ivrognes* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1828, t. I, p. 181).
(4) *Mém. sur le delirium tremens*. Paris, 1819.
(5) *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. II, p. 72.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le *delirium tremens* est une affection causée par l'abus des boissons alcooliques, et caractérisée par le tremblement des membres, l'aberration de l'intelligence, des hallucinations et l'insomnie. Les principales dénominations sous lesquelles cette maladie a été décrite sont les suivantes : *Délire tremblant*, *délire des ivrognes*, *œnomanie*, *delirium vigilans*.

§ II. — Causes.

Parmi les boissons qui produisent le *delirium tremens*, l'eau-de-vie tient la première place ; mais toutes les autres *boissons fermentées* peuvent avoir les mêmes effets. C'est ordinairement à la suite d'un *abus prolongé* que se produit la maladie ; quelquefois cependant on l'a vue survenir après une seule orgie. On a prétendu que le *delirium tremens* peut être causé par d'autres substances que les liqueurs alcooliques, en particulier par les narcotiques et les excitants généraux ; mais on a confondu des accidents de nature différente, quoique ayant une assez grande analogie entre eux.

Je ne dirai rien de l'âge, du sexe, du climat, des saisons, parce que tout ce que nous savons de positif, c'est que les abus fréquents et prolongés sont la cause nécessaire de la maladie.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de la maladie s'annonce par une agitation plus grande qu'à l'ordinaire, et en même temps par un affaiblissement plus ou moins marqué. Le sommeil est plus ou moins difficile, fréquemment interrompu, et il y a en même temps des troubles du côté des organes digestifs, caractérisés principalement par le dégoût pour les aliments.

Après un temps plus ou moins long, le *délire*, qui est un des principaux symptômes, vient caractériser la maladie. Ce délire est très variable : tantôt violent et furieux, il consiste quelquefois dans une simple loquacité, et dans des paroles incohérentes ; d'autres fois il est gai et bruyant ; le malade est en proie à des *hallucinations* très diverses ; il voit des objets qui l'égaient ou qui l'effraient ; il est quelquefois obsédé par des fantômes ; il aperçoit des vaisseaux, des campagnes, des animaux, etc. L'*odorat* lui-même est affecté, et souvent le malade sent des odeurs fétides qui n'existent pas. L'*ouïe* participe également à ce trouble. En un mot, ces *hallucinations* varient à l'infini.

Le *tremblement*, qui se joint aux symptômes précédents pour caractériser la maladie, est général ; il consiste dans de *petites secousses* rapides qui font trembler les mains et vaciller les jambes, qui empêchent le malade de porter à sa bouche un verre de liquide sans en répandre, qui rendent les lèvres, la langue tremblantes, et la parole embarrassée. Quelquefois les *convulsions* sont semblables à celles de l'épilepsie.

Presque constamment le *sommeil* est agité et interrompu, parfois l'*insomnie est complète ;* les malades se lèvent souvent de leur lit, sans savoir pourquoi, et

souvent aussi ils ne savent plus le retrouver lorsqu'ils veulent y rentrer; il leur arrive fréquemment de tomber en voulant se lever, et l'on est obligé de les attacher dans leur lit.

La *face* est parfois naturelle, souvent rouge et animée, avec des *yeux* hagards, fixes et brillants; on voit une salive écumeuse sur les lèvres lorsque les malades parlent beaucoup; quelquefois les dents s'encroûtent; parfois la *soif* est vive, parfois aussi elle est nulle; les malades demandent souvent des boissons alcooliques. L'*anorexie* continue, il y a de la pesanteur à l'*estomac*, et ordinairement une *constipation* assez opiniâtre; les *urines* sont rares, rouges et chargées; tantôt le *pouls* est rare, lent et fort, tantôt il est accéléré et un peu serré. La *peau* est ordinairement couverte de *sueur;* dans quelques cas, cette sueur est abondante, et, dans quelques cas aussi, elle est froide et visqueuse.

Lorsque ces accidents tendent à se dissiper, l'insomnie est le premier de tous à céder. D'abord le sommeil est court et a lieu à un grand nombre de reprises; plus tard sa durée augmente, et enfin, après une nuit passée dans un bon sommeil, le malade recouvre sa raison, restant néanmoins, pendant un temps plus ou moins long encore, dans un état d'hébétude et de faiblesse plus ou moins marqué.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Je viens de décrire le *delirium tremens* à *marche aiguë.* On a admis aussi l'existence d'un *delirium tremens chronique;* mais dans un bon nombre des cas auxquels on a donné ce nom il a existé des lésions cérébrales et méningiennes qui ne paraissent pas appartenir à la maladie qui nous occupe, et dans les autres on doit voir plutôt un abrutissement et une espèce d'idiotisme causé par l'abus des boissons alcooliques, qu'un *delirium tremens* proprement dit.

Quoique l'affection soit continue, il existe néanmoins des *paroxysmes* marqués qui lui donnent une physionomie particulière : ce sont des *accès de délire et d'hallucination* qui durent pendant un temps très variable, qui font exécuter aux malades des actes bizarres, et qui sont séparés par des intervalles irréguliers d'un calme très variable aussi.

La *durée* de la maladie, telle que je viens de la décrire, ne dépasse pas ordinairement huit ou dix jours; quelquefois cependant on a vu le *delirium tremens* durer trois, quatre semaines et plus, sans qu'il y eût le moindre retour à la raison. Si l'on ne considère que les premières attaques de cette maladie, on peut dire qu'*elle se termine* toujours par la guérison; mais si le malade persiste dans ces habitudes, il tombe dans l'abrutissement dont nous avons parlé plus haut; en outre, on voit quelquefois des sujets succomber dans le cours de cette affection, mais il est survenu alors une maladie cérébrale à laquelle la mort doit être rapportée.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a cité beaucoup de lésions anatomiques comme appartenant au *delirium tremens :* ainsi l'injection des méninges et du cerveau, la sérosité dans les ventricules, le ramollissement du cœur, etc. Mais tout le monde convient aujourd'hui qu'il n'est aucune de ces lésions qui soit réellement caractéristique.

VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la maladie qui nous occupe est difficile lorsque l'on ne peut pas avoir de renseignements suffisants. On peut, en effet, confondre le *delirium tremens* avec plusieurs autres affections : tels sont d'abord les accidents que produit l'*empoisonnement par les narcotiques.* On distinguera l'*empoisonnement par l'opium ou la morphine*, à la douleur de tête occupant principalement les tempes et les yeux, à l'assoupissement sans sommeil véritable, aux bourdonnements d'oreille, à l'expression des yeux qui sont ordinairement voilés et languissants, enfin à des démangeaisons plus ou moins vives par tout le corps (morphine); l'empoisonnement par les autres narcotiques produit des effets analogues.

Il est un autre genre de délire qu'il est difficile de distinguer du *delirium tremens : c*'est *celui que présentent certains individus qui ont subi une opération ;* en pareil cas, c'est surtout d'après les renseignements qu'on devra se guider, car, dans un assez grand nombre de cas, les sujets pris de délire nerveux traumatique étaient sous l'influence de l'abus des boissons alcooliques au moment où l'on a pratiqué l'opération.

Quant à la *paralysie générale des aliénés,* c'est surtout d'après la marche chronique de la maladie qu'on porte le diagnostic. Le *délire saturnin* peut être aussi pris pour le *delirium tremens ;* les autres signes de l'intoxication saturnine serviront à faire éviter l'erreur. Cette erreur n'est guère possible lorsqu'il s'agit du *tremblement mercuriel ;* car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il est très rare que dans cette maladie il y ait des troubles cérébraux, et lorsqu'il en existe, ils ont une physionomie différente de ceux qui caractérisent le *delirium tremens.*

Pronostic. Le *delirium tremens*, lorsqu'il n'y a pas eu encore un grand nombre d'attaques, n'est pas par lui-même une maladie grave ; mais quelquefois il survient des complications qui peuvent causer la mort, et après un grand nombre de *rechutes*, les malades peuvent tomber dans l'imbécillité.

§ VII. — Traitement.

Au premier rang des moyens mis en usage contre le *delirium tremens*, il faut placer l'*opium.* Les auteurs qui l'ont conseillé, et qui ont cité des faits en faveur de cette médication, veulent, en général, que l'on donne ce médicament à une assez forte dose : que l'on commence, par exemple, par 10 centigrammes par jour donnés à plusieurs reprises, et que l'on élève successivement cette dose à 25 et 30 centigrammes ; quelques uns même veulent qu'on la porte graduellement jusqu'à 1 ou 2 grammes et plus encore. Ces dernières quantités sont beaucoup trop considérables. Tous les médecins n'ont pas reconnu l'efficacité de l'opium, et M. Ward (1), ayant mis en usage cette médication, a vu succomber un grand nombre de sujets, surtout quand on donnait des doses élevées ; aussi regarde-t-il l'opium comme pernicieux. Parmi les médecins français qui n'accordent aucune confiance à l'opium, je dois citer Esquirol, Georget et M. Calmeil. La conclusion que l'on doit tirer de tout cela, c'est que l'opium doit être donné à des doses beaucoup

(1) *Rem. on history*, etc. Boston, 1831.

plus modérées qu'on ne l'a fait généralement, et qu'on ne doit pas le regarder comme un remède souverain dans le *delirium tremens*.

Le *tartre stibié en lavage*, les *purgatifs*, le *calomel* prodigué en Angleterre, les *antispasmodiques*, les *excitants généraux*, le *sulfate de quinine à dose élevée*, ont été tour à tour vantés et dépréciés. Parmi ces moyens, ceux qui doivent inspirer le plus de confiance sont les vomitifs et les purgatifs. Quant à la *digitale à dose élevée*, il n'est pas encore démontré qu'elle ait les heureux effets qu'on lui a attribués.

M. le docteur Warwick (1) a rapporté un cas dans lequel les *inhalations de chloroforme* employées pendant deux heures, à des intervalles d'un quart d'heure, ont procuré un sommeil de trois heures, après lequel le malade fut parfaitement guéri. Il faut ajouter que, pendant les inhalations, on administra 50 gouttes de laudanum. Dans deux cas, le docteur Pratt (2), donna le *chloroforme en potion* à dose de 4 grammes en une fois; après deux de ces doses données à une heure d'intervalle, les malades dormirent pendant quelques heures, et le calme était rétabli à leur réveil. Les moyens employés habituellement dans cette affection n'avaient procuré aucun soulagement.

Je n'insiste pas beaucoup sur ces moyens curatifs, parce qu'il résulte des faits observés par Esquirol et M. Calmeil, que la simple *expectation*, en employant quelques *boissons délayantes*, le *repos* et des *bains tièdes*, suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour procurer la guérison en quatre ou cinq jours.

ARTICLE XIII.

ERGOTISME.

Quoique l'on ait trouvé, dans les écrits que nous a laissés l'antiquité, quelques passages qui semblent se rapporter à l'*ergotisme*, il faut arriver au dixième siècle pour avoir des relations assez exactes d'épidémies de cette maladie; mais à dater de cette époque, les historiens en ont mentionné toujours un certain nombre, et c'est surtout dans les quatorzième, quinzième et seizième siècles qu'on vit sévir les plus meurtrières. Dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, on en observa encore un bon nombre, principalement en Allemagne. Parmi les auteurs qui nous ont laissé les travaux les plus importants sur cette maladie, dont les exemples sont devenus beaucoup moins fréquents de nos jours, il faut citer Schenk, Mulcaille (3), Salerne (4) et l'abbé Tessier (5).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*ergotisme* est une affection produite par l'usage du seigle ergoté, et caractérisée tantôt par des convulsions, tantôt par la gangrène des membres. Il résulte de là que cette maladie doit être divisée en *ergotisme convulsif*, et *ergotisme gangréneux*.

(1) *The Lancet*, janvier 1848.
(2) *Journ. amer. des sciences méd.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 juillet 1853.
(3) *Acad. des sciences*, 1748.
(4) *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. II.
(5) *Mém. de la Société royale de méd.* Paris, 1776, t. I, p. 417; 1778, t. III, p. 387.— Voy. aussi Aug. Millet, *Du seigle ergoté* dans *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVIII, p. 177.

Cette affection a reçu les noms de *feu sacré*, *feu Saint-Antoine*, *feu Saint-Marcel*, *mal des ardents*, *gangrène des Solognots*, *convulsion céréale*, *raphania*.

§ II. — Causes.

On a attribué la maladie qui nous occupe au mélange, avec les graines alimentaires, de différentes plantes, telles que l'*ivraie enivrante*, la *raphanelle*, le *mélampyre*, les *coquelicots;* mais les expériences de Salerne, de Read (1) et de l'abbé Tessier, ne laissent aucun doute sur la cause réelle du mal, et prouvent qu'elle est véritablement due à cette production morbide du seigle, à laquelle on a donné le nom d'*ergot*. Il ne peut rester quelque doute que relativement à l'ergotisme convulsif; car, dans les expériences dont je viens de parler, c'est surtout la gangrène qui s'est produite.

Les *causes prédisposantes* sont la *misère*, les privations de toute espèce, l'*habitation dans des lieux bas et humides*.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, la division que nous avons admise plus haut doit être nécessairement suivie.

1° *Ergotisme convulsif.* Le *début* de l'ergotisme convulsif n'est pas, en général, rapide. Pendant un temps plus ou moins long (de 7 à 20 et 25 jours), on observe le brisement des jambes, l'agitation, la céphalalgie, la tristesse, des fourmillements, des picotements, des crampes dans les jambes et une grande irrégularité de l'appétit.

Ces premiers symptômes vont ensuite en augmentant; une *chaleur douloureuse* se manifeste dans les pieds, et enfin surviennent les *convulsions*. Ce sont des *convulsions toniques*, qui produisent la *flexion forcée* de toutes les articulations des membres, de telle sorte que les talons viennent se coller sur les fesses, et les mains sur les épaules; des accidents semblables se manifestent dans le tronc, et l'on observe l'*opisthotonos* et le *trismus*.

A ces convulsions toniques se joignent, vers le début, des *convulsions cloniques* très violentes et très douloureuses; les *secousses* sont plus ou moins rapides, et toujours très fortes. On voit alors la *face* agitée d'affreuses convulsions, et les yeux contournés par le *strabisme*. Plusieurs malades se mordent la langue, et il y a une *écume sanguinolente* à la bouche.

Ensuite la *céphalalgie* persiste, et les malades tombent dans un *délire* ordinairement furieux, avec vociférations, et quelquefois hurlements; on observe aussi la perte de la mémoire et de l'*intelligence*, la *stupeur* et le *coma;* la *vue*, ordinairement affaiblie, est assez souvent abolie, ou présente des troubles divers.

Les *symptômes du côté du tube digestif* ne sont pas constants; lorsqu'ils existent, ils consistent dans la douleur épigastrique, des nausées et des vomissements bilieux, des coliques, des selles liquides et fétides; parfois les selles sont involontaires, ainsi que les urines.

Il est ordinaire de trouver les *extrémités* froides, quoique le corps soit couvert de sueur, et les malades se plaignent d'une *ardeur douloureuse* dans tout l'intérieur

(1) *Du seigle ergoté*. Metz, 1774.

du corps; à ces phénomènes succède ordinairement un état de *collapsus profond* et de *paralysie générale* qui précède la mort. *Dans les cas de guérison*, les symptômes s'apaisent peu à peu, et les malades conservent pendant un temps souvent fort long un affaiblissement de la vue, une faiblesse ou un tremblement des membres et l'affaiblissement de l'intelligence.

Accès convulsifs. Les symptômes que je viens de décrire ne se montrent pas d'une manière continue; mais le délire, les convulsions cloniques, épileptiformes. l'agitation extrême, reviennent par moments plus ou moins rapprochés, et constituent ce que l'on a appelé l'*accès d'ergotisme convulsif.*

2° *Ergotisme gangréneux.* L'ergotisme gangréneux commence, à très peu près, de la même manière que l'ergotisme convulsif; mais, au bout de quelques jours, les *douleurs* deviennent beaucoup plus vives et plus profondes dans les extrémités qui doivent être frappées de gangrène; elles arrachent des cris aux malades; des sujets éprouvent, dans ces points, une *chaleur brûlante*, d'autres, au contraire, un *froid* extrêmement vif; quelquefois une *rougeur érysipélateuse* se montre sur les membres; à cette époque, le *pouls* devient serré et fréquent; la *sueur* se montre à la tête et vers l'épigastre, et cependant l'*appétit* peut persister encore.

Plus tard *la douleur cesse* dans les points qui doivent être frappés de la gangrène, tandis que dans les parties plus élevées elle envahit des points qu'elle n'occupait pas encore. Enfin, on voit les *extrémités* devenir violacées, très froides. puis noircir, se dessécher ou se couvrir de phlyctènes pleines de sérosité sanguinolente, et cette gangrène gagne ensuite de proche en proche jusqu'à ce qu'elle se trouve bornée par une bande rouge et enflammée qui indique le point où se sépareront les parties mortifiées. Ordinairement cette gangrène reste bornée aux pieds et aux mains; mais, dans quelques cas, on l'a vue s'étendre à tout un membre.

Plus tard encore *la séparation se fait*, la *suppuration* s'établit à la limite des parties mortes et des parties vivantes, et l'on voit se détacher toutes les parties affectées. *Lorsque la gangrène n'est pas sèche*, il s'écoule des points malades une *sérosité rougeâtre*, d'une *odeur très fétide et caractéristique.* Pendant que ces phénomènes se produisent, le *pouls* est faible, petit, misérable, accéléré; il y a une *prostration extrême*, la *peau* se couvre d'une sueur froide et visqueuse; la *langue* se sèche; la *diarrhée* s'établit, et les malades tombent dans un état demi-comateux. *Dans les cas de guérison*, qui n'ont guère lieu que lorsque la partie mortifiée est d'un petit volume, une bonne suppuration s'établit après la chute des escarres, et la cicatrisation se fait comme dans les plaies ordinaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans les cas d'ergotisme convulsif, la *marche* de la maladie est irrégulière, comme celle des névroses, et ce sont principalement les accès qui la caractérisent: dans les cas d'ergotisme gangréneux, la marche est continue. La *durée* de la maladie, dans les deux cas, est très variable; la mort, dans un accès, peut abréger beaucoup celle de l'ergotisme convulsif; quant à l'ergotisme gangréneux, on peut dire que la durée est toujours longue; elle l'est surtout lorsqu'une partie d'un volume considérable est détachée par la mortification.

La *terminaison* par la mort est fréquente ; tout dépend, relativement à l'issue de la maladie, de l'intensité de la cause toxique.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a trouvé, chez les sujets qui ont succombé à l'ergotisme, l'inflammation d'un grand nombre d'organes; mais ces lésions ne sont pas constantes, et tout porte à croire qu'il existe une altération du sang, à laquelle seule on peut attribuer tous les symptômes qui caractérisent la maladie. Suivant M. Roche, la gangrène des extrémités serait due à une artérite, comme la gangrène sénile; mais les recherches d'anatomie pathologique ne nous ont pas encore suffisamment éclairés sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est aujourd'hui reconnu que l'on ne peut pas, par la connaissance seule des symptômes, arriver au diagnostic de l'ergotisme. Lorsque l'on trouve une affection présentant les signes que nous avons énumérés plus haut, il faut rechercher quel est le genre de vie du malade, et surtout s'informer s'il règne une affection épidémique présentant des symptômes analogues.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie prouve assez combien le pronostic est grave; les accès convulsifs sont presque constamment mortels, et il en est de même de la gangrène d'une partie volumineuse.

§ VII. — Traitement.

Je ne m'étendrai pas longuement sur le traitement de cette affection, parce qu'il n'est nullement démontré que les moyens qui ont été recommandés par les auteurs aient une grande influence sur la terminaison de la maladie.

Je me bornerai donc à dire qu'on a employé tour à tour l'*opium* à haute dose, les *frictions camphrées*, *aromatiques*; les *vésicatoires*, les *bains sulfureux*, les *bains de vapeur*, les *sudorifiques*, contre l'ergotisme convulsif; que dans les cas de gangrène, on a donné les *antispasmodiques*, les *excitants généraux*, les *toniques*, parfois les *vomitifs et les purgatifs*, les *acides minéraux*, et un grand nombre de substances particulières.

On n'est pas d'accord sur le degré d'utilité de la *saignée*. Les auteurs qui regardent l'ergotisme gangréneux comme la suite d'une artérite ont beaucoup de confiance dans les *émissions sanguines*, *générales et locales*; mais c'est là le résultat d'idées théoriques qui auraient besoin d'être appuyées sur l'expérience.

CHAPITRE II.

EMPOISONNEMENTS EN GÉNÉRAL.

L'étude des empoisonnements est vaste et compliquée; les travaux d'une importance majeure, entrepris depuis le commencement de ce siècle, ne peuvent pas encore être résumés de manière à satisfaire toutes les exigences de la science; il faut nécessairement que le médecin qui veut bien connaître tout ce qui se rap-

porte à la toxicologie descende dans les détails de ces ouvrages et les étudie avec soin. Aussi mon intention n'est-elle pas de donner ici une histoire complète des empoisonnements. Je veux seulement indiquer les cas principaux dans lesquels le médecin, se trouvant appelé pour des accidents graves et brusques produits par les substances toxiques, a besoin d'avoir présents à l'esprit un certain nombre de préceptes d'une application immédiate.

Il est évident que je n'ai à m'occuper ni de l'histoire des poisons, qui appartient à la chimie et à l'histoire naturelle, ni des questions médico-légales si graves dans les cas d'empoisonnement. Ce sont là des sujets étrangers à la pathologie proprement dite. Pour bien faire saisir la manière dont j'envisage mon sujet, je vais poser les problèmes qui doivent être promptement résolus par le praticien appelé auprès d'une personne empoisonnée ; la division de cette partie de mon ouvrage en découlera naturellement.

Le médecin appelé auprès d'une personne empoisonnée doit : 1° *reconnaître quelle est la nature du poison ingéré :* de là la nécessité de quelques expériences et de quelques observations sans lesquelles le traitement pourrait être non seulement inutile, mais nuisible ; 2° juger, d'après les symptômes et les autres circonstances, s'il faut évacuer le poison, insister sur l'administration des contre-poisons, ou avoir recours au traitement des symptômes consécutifs ; 3° appliquer le traitement qui convient aux désordres consécutifs occasionnés par les substances toxiques. C'est sous ces divers points de vue que j'examinerai les empoisonnements.

Dans les articles qui vont suivre, je me garderai de multiplier les détails. Je crois, en effet, qu'il est plus utile, au point de vue sous lequel j'envisage la question, de donner un rapide résumé dont on puisse facilement saisir l'ensemble.

C'est aux travaux modernes que nous devons emprunter tout ce qui est relatif aux empoisonnements. Les progrès de la chimie ne permettent plus, en effet, de recourir aux publications antérieures à ce siècle, bien qu'à des époques plus ou moins éloignées de nous on se soit beaucoup occupé des poisons et des contre-poisons prétendus ou réels. Plenck (1), Brodie (2), J. Frank, Fodéré, Chaussier, etc., nous ont laissé des recherches utiles sur ce sujet si important ; mais c'est à Orfila (3) que sont dues les premières recherches complètes, et qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir établi sur les bases solides d'une méthode expérimentale, plus généralement et plus habilement appliquée qu'on ne l'avait fait avant lui, la science toxicologique. Dans ces dernières années, de nombreux et intéressants travaux dus à MM. Briand, Devergie, Flandin et Danger, Bouchardat, Mialhe, Chevallier, Poumet, Bayard, Tardieu, à Orfila lui-même qui n'a pas cessé de s'occuper de ces grandes questions, et à plusieurs autres expérimentateurs, sont venus jeter une nouvelle lumière sur quelques uns des points obscurs et non suffisamment étudiés qui restaient encore (4). Ce que je vais dire ne sera qu'un extrait succinct de ces travaux auxquels on ne saurait trop

(1) *Toxicologia*. Vienne, 1801.

(2) *Trans. phil.*, 1811-12.

(3) *Toxicologie générale*. Paris, 1843, 2 vol. in-8. — *Traité de médecine légale*. Paris, 1848, 4 vol. in-8.

(4) C'est surtout dans la collection des *Ann. d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1829 à 1853, que se trouve la plus grande masse de faits propres à éclairer les médecins appelés à faire des rapports devant les tribunaux.

engager de recourir, car il s'agit des questions les plus délicates que le médecin ait à résoudre.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EMPOISONNEMENTS.

Il résulte de ce que j'ai dit des *intoxications* que je réserve le nom d'empoisonnement proprement dit aux accidents immédiats, et généralement rapides, qui résultent de l'ingestion ou de l'absorption d'un poison. Je n'attache pas à cette division d'autre importance que de séparer les accidents chroniques des accidents aigus pour lesquels il faut se décider promptement, et qu'il est par conséquent utile de grouper.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un homme empoisonné, on a d'abord à rechercher quelle est la *nature du poison;* mais c'est un point que je ne dois pas traiter ici, parce que les divers genres de poisons donnent lieu à des phénomènes particuliers. Il faut les étudier séparément sous ce point de vue.

Il est un certain nombre de signes généraux qui peuvent faire soupçonner, *mais seulement soupçonner* l'empoisonnement. M. Dorvault (1) les résume comme il suit :

Signes généraux de l'empoisonnement. « On devra soupçonner un empoisonnement toutes les fois que le malade se plaindra d'une odeur nauséabonde et infecte, ou d'une saveur désagréable, acide, alcaline, âcre, d'une chaleur brûlante dans le gosier et l'estomac ; que la bouche sera sèche ou écumeuse ; que les lèvres et les gencives seront livides, jaunes, blanches, rouges ou noires ; qu'il y aura des rapports, des nausées, des vomissements plus ou moins fréquents de matières muqueuses, bilieuses ou sanguinolentes, blanches, jaunes, vertes, bleues, rouges, bouillonnant sur le carreau, rougissant ou verdissant la couleur de tournesol ; qu'on observera des hoquets, de la constipation ou des déjections alvines plus ou moins abondantes ; que le pouls sera fréquent, petit, serré, irrégulier, la soif ardente, la respiration difficile ; que les sueurs seront froides, l'émission des urines difficile. On tiendra compte encore de l'altération de la physionomie, de la couleur pâle, livide ou plombée de la face, de la perte de la vue et de l'ouïe, de l'état des yeux, de l'agitation générale, de l'altération de la voix. »

La division la plus généralement admise, et que je crois devoir suivre, est celle qu'a adoptée Orfila, qui divise les poisons en quatre grandes classes ainsi qu'il suit : 1° *Poisons irritants;* 2° *poisons narcotiques;* 3° *poisons narcotico-âcres;* 4° *poisons septiques* ou *putréfiants.* Dans la 1re *classe* nous trouvons, parmi les *minéraux*, les préparations mercurielles, arsenicales, antimoniales ; les préparations de cuivre, d'étain, de zinc, d'argent, d'or, de bismuth, de plomb ; les acides et les alcalis concentrés ; les sulfures alcalins ; le phosphore ; l'iode, etc. Les *substances animales* sont les *cantharides* et d'autres insectes vésicants ; et dans les *substances végétales* se trouvent : les ellébores, la bryone, la coloquinte, les euphorbes, les anémones, les renoncules, le colchique, etc., etc. La 2e *classe* contient : l'acide cyanhydrique, la morphine, l'opium, la jusquiame, etc., etc. Dans la 3e *classe* se trouvent les strychnées, la digitale, le seigle ergoté, la ciguë, les champignons, le camphre, etc. Enfin, dans la 4e *classe* nous voyons les venins des

(1) *L'officine*. Paris, 1847.

animaux dont nous avons déjà parlé, les matières putréfiées, l'hydrogène sulfuré, etc.

Le poison étant reconnu, le médecin a à remplir plusieurs indications qui ont été très bien posées par M. Bouchardat (1), auquel je crois devoir emprunter le passage suivant :

INDICATIONS A SUIVRE.

« Le poison étant reconnu, la première indication à remplir est, dit-il, de l'*évacuer*. On emploie pour cela les *émétiques*, les *éméto-cathartiques*, les *purgatifs* et la *sonde œsophagienne*, ou bien l'appareil suivant imaginé par M. Honoré Gay (2):

« Ce médecin réunit deux sondes œsophagiennes, de manière à n'en former qu'une seule d'une très grande longueur, à l'aide d'un tube de verre long de 8 centimètres, qui entre à frottement dans ces sondes, de 3 centimètres de chaque côté, et sur lequel on fixe très exactement les deux sondes par quelques tours de cordonnet plat, de sorte que l'air ou le liquide ne puissent trouver un passage. Chaque sonde a 70 centimètres de longueur et 8 millimètres de diamètre intérieur dans toute son étendue; ces sondes n'ont pas de pavillon. L'une d'elles offre trois orifices à son bec : un terminal, deux latéraux alternes et très rapprochés du dernier ; ces orifices ont un diamètre un peu moindre que celui de la sonde elle-même; l'autre n'a, au contraire, qu'une ouverture inférieure terminale.

» Pour faire usage de cet appareil, on introduit la sonde par l'extrémité à trois orifices inférieurs, préalablement recouverte d'huile, dans la bouche, l'arrière-bouche, l'œsophage, et même assez avant dans l'estomac. La sonde introduite, on relève l'extrémité extérieure, assez seulement pour que son ouverture soit au-dessus de la bouche du malade; on verse alors le liquide destiné à laver l'estomac à l'aide d'un entonnoir à douille très courte. S'agit-il de vider l'estomac, l'entonnoir étant encore plein ainsi que le tube, on comprime fortement l'orifice de la sonde, immédiatement au-dessous de la douille de l'entonnoir, entre le pouce et l'index d'une main, pour s'opposer à la chute du liquide, et au même instant on abaisse vivement la sonde, tandis que, de l'autre main, on enlève l'entonnoir. Cette manœuvre détermine l'amorcement du siphon et l'évacuation instantanée du liquide.

» La seconde indication, c'est d'*administrer le contre-poison*. La troisième indication, c'est de prodiguer à l'empoisonné *les soins médicaux* que réclame son état et qui se divisent en soins généraux qui conviennent à tous les empoisonnements et en médications propres à chaque empoisonnement en particulier.

» 1° Pour évacuer le poison, on a le plus souvent recours au *tartre stibié*; on donne 5 centigrammes d'émétique dissous dans un demi-verre d'eau; on répète cette dose trois ou quatre fois à quelques minutes d'intervalle ; on fait boire *beaucoup d'eau tiède*, et il est souvent à propos de *favoriser le vomissement par la titillation de la luette*. Si l'on n'a pas d'émétique, on peut le remplacer par 20 centigrammes de *sulfate de cuivre dissous dans deux cuillerées d'eau;* on réitère cette dose ; quelquefois ce vomitif est préférable, parce qu'il agit plus rapidement.

» *Quand le poison est insoluble*, et qu'on peut penser avec raison qu'il a fran-

(1) *Annuaire de thérap.* Paris, 1847.
(2) *Abeille médicale*, décembre 1847.

chi l'estomac et qu'il se trouve dans l'intestin grêle, on doit préférer un *éméto-cathartique*. On fait dissoudre 20 centigrammes de *tartre stibié*, et 60 grammes de *sulfate de soude* ou *de magnésie* dans un litre d'eau, et l'on administre rapidement par verrées. On a conseillé encore assez souvent, *dans les empoisonnements par les substances végétales* nuisibles, d'administrer de *fortes solutions de sel marin*, qui agissent comme éméto-cathartique : 50 grammes de sel marin par litre d'eau. Ce moyen peut être infiniment précieux; car on a toujours du sel sous la main, et l'on ne saurait administrer trop tôt un évacuant.

» *Quand le poison a été pris sous forme de lavements*, et qu'il est parvenu dans le gros intestin, il faut avoir recours aux *lavements purgatifs*. Celui qu'on doit préférer dans ces conditions doit être préparé avec 20 grammes de *séné*, 50 grammes de *sulfate de soude*, 500 grammes d'eau ; ce lavement convient infiniment mieux que les drastiques plus énergiques, dont l'action est plus lente, et que j'ai vu souvent prescrire sans succès. Lorsqu'on ne fait pas apparaître les vomissements à l'aide des émétiques, il est convenable, quand le poison est encore dans l'estomac, d'introduire dans cet organe une *sonde œsophagienne*, à laquelle est adaptée une *pompe aspirante*.

» 2° Le *contre-poison* est pour moi la substance qui forme une combinaison insoluble ou inoffensive avec la partie active du poison ingéré. Il est quelques règles générales sur l'emploi des contre-poisons que nous allons rappeler. Autant que faire se pourra, il faut donner la préférence à un contre-poison d'une complète innocuité, et qu'on puisse se procurer immédiatement partout. Il faut, en général, administrer le contre-poison en *quantité beaucoup supérieure à celle qui est strictement nécessaire* pour opérer la neutralisation chimique du poison, et cela par plusieurs raisons : en effet, le contre-poison pourra être rejeté presque aussitôt son administration, et, dans les cas les plus heureux, on doit considérer que la plupart des combinaisons insolubles ne le sont qu'à la limite, et elles ne le sont que relativement ; puis, comme il faut une action rapide, une grande masse de contre-poison sera beaucoup plus efficace pour envelopper de toute part le poison, et pour déterminer la prompte formation de la combinaison insoluble ou inoffensive.

» Il est plusieurs contre-poisons qui, quoique formant avec les poisons des combinaisons extrêmement peu solubles dans l'eau, ne sont cependant pas d'une complète efficacité ; ces combinaisons, avec le temps, peuvent être lentement dissoutes dans l'appareil digestif, et amener la continuité des accidents. Il convient, dans ces cas, d'*insister sur la médication évacuante après l'administration du contre-poison*.

» *Quand le poison a pu traverser l'estomac et pénétrer dans l'intestin grêle*, toutes choses égales d'ailleurs, il faut préférer un contre-poison insoluble à un contre-poison soluble dont l'effet pourrait se limiter à l'estomac.

» 3° Un empoisonnement est une maladie déterminée par une cause connue; il faudra la combattre par tous les moyens rationnels, dont l'expérience a constaté l'efficacité. Dans presque tous, pour ne pas dire dans tous les empoisonnements, la mort arrive par suite de troubles considérables qui se manifestent dans les grands appareils de la circulation et de la respiration. Il faudra donc surveiller ces fonctions, dont l'exercice continuel est indispensable au maintien de la vie ; et mettre

tout en œuvre pour qu'elles ne se suspendent pas, même momentanément; car cette suspension prolongée, c'est la mort.

» *On ranime la circulation* en *réchauffant la peau* à l'aide de *couvertures chaudes*, de *frictions sèches*, de *boules d'eau tiède*, de *sinapismes* promenés sur divers points; quelquefois il est utile de pratiquer une *petite saignée. On facilite la respiration* par l'*introduction d'un air pur* en quantité suffisante, par des *pressions alternatives sur les parois du thorax*, par des *insufflations d'air*, par des *commotions galvaniques* convenablement employées. Quand les organes sécréteurs éliminent facilement de l'économie les poisons absorbés, il est important d'augmenter, s'il est possible, l'activité de ces organes, comme Orfila l'a fait, en recommandant les *diurétiques* dans les cas d'empoisonnement par les antimoniaux et les arsenicaux, qui sont éliminés par les reins, comme nous l'avons fait en prescrivant les remèdes qui agissent *en provoquant l'évacuation de la bile* quand les poisons sont séparés par le foie, ce qui arrive à presque tous les poisons minéraux.

» *Quand le poison est absorbé*, il ne peut être facilement et promptement éliminé de l'économie; si l'on ne peut le poursuivre dans le sang avec le contre-poison, il faut avoir recours à des remèdes ou *agents dynamiques*, dont l'action n'est pas nuisible et peut se substituer à l'action dynamique fâcheuse du poison. C'est ainsi que le *café* agit *dans le cas d'empoisonnement par l'opium.* »

J'ajoute qu'un pharmacien de Montpellier (1) engage à administrer dans les cas où le poison a été absorbé, et *dans lesquels on n'a pu déterminer sa nature*, le mélange suivant:

℞ Magnésie calcinée.	Sesqui-oxyde de fer.
Charbon pulvérisé.	

De chaque parties égales dans :

Eau... Q. s.

Cette formule offre d'autant plus de chances d'efficacité qu'elle renferme des antidotes, qui s'appliquent à plusieurs des poisons les plus actifs, et en même temps les plus communs.

CHAPITRE III.

EMPOISONNEMENTS PAR LES POISONS IRRITANTS.

Les poisons irritants enflamment, à un plus ou moins haut degré, les tissus avec lesquels ils sont en contact. Ils sont loin d'avoir tous la même importance sous le rapport de la pratique. J'étudierai avec soin les principaux empoisonnements qu'ils produisent, et je mentionnerai ce que les autres nous offrent de plus intéressant.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES.

Les signes généraux de l'empoisonnement produit par les acides sont résumés comme il suit par M. Dorvault :

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 janvier 1853.

Signes de l'empoisonnement par les acides. « Saveur acide, brûlante, désagréable ; chaleur âcre au fond de la gorge et de l'estomac, puis dans l'abdomen ; haleine fétide, soif ardente, hoquet, envies de vomir ; vomissements quelquefois mêlés de sang, *colorant en rouge la teinture de tournesol et bouillonnant sur le carreau ;* constipation ou bien selles abondantes, difficulté d'uriner ; pouls fréquent et régulier ; frissons, sueurs froides, gluantes ; face pâle, livide ; intérieur de la bouche et des lèvres, noir (*acide sulfurique*), rouge (*acide chlorhydrique*), jaune (*acide nitrique* ou *azotique*). »

Il faut ajouter à cette énumération que souvent les douleurs sont atroces ; qu'elles arrachent des cris, des vociférations ; qu'il y a une violente agitation, et que, aux approches de la mort, le délire et le coma peuvent survenir.

Lorsque ces premiers symptômes sont un peu calmés, si le poison n'a pas été ingéré en assez grande quantité pour causer rapidement la mort, la fièvre s'allume, les douleurs du tube digestif persistent, quoiqu'à un degré de plus en plus faible ; souvent la toux devient fréquente et opiniâtre, et les malades ne se rétablissent que lentement, conservant dans un bon nombre de cas, des traces de la maladie après leur guérison.

Traitement. M. Bouchardat ayant très bien résumé ce traitement, je lui emprunte encore le passage suivant :

« Dans les cas d'empoisonnement par les acides, *le contre-poison seul suffit* pour rétablir le malade sans qu'il soit nécessaire de recourir aux évacuants et aux agents substitutifs.

» Tous les auteurs de thérapeutique et de toxicologie prescrivent, pour combattre l'empoisonnement par les acides, l'emploi de la *magnésie*, des *carbonates alcalins*, du *savon ;* cela est très rationnel, mais ne suffit pas. Je crois avoir rendu un véritable service en formulant nettement le traitement qu'on doit suivre dans les empoisonnements.

» Il faut d'abord (comme tout le monde l'avait conseillé) administrer de la *magnésie calcinée en excès*, je préfère la *magnésie hydratée*, dont je donnerai plus loin la préparation à propos du travail de M. Bussy sur un contre-poison de l'acide arsénieux (1). Cette terre alcaline réunit de bien précieux avantages ; elle est inoffensive, elle est purgative, elle est insoluble, et peut arriver dans l'intestin grêle et y saturer l'acide qui aurait pu y rester ; mais son insolubilité la rend insuffisante pour remplir une indication capitale. J'ai prouvé que, dans les cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, cet acide était absorbé, et que, arrivé dans le sang, il pouvait déterminer la formation de caillots qui arrêtaient la circulation et conduisaient à la mort ; il faut donc poursuivre cet acide sulfurique absorbé, et la chose est très facile en administrant, *après la magnésie*, *une substance alcaline soluble* qui, étant rapidement absorbée, va dissoudre les caillots qui commençaient à se former. Aucune matière ne convient mieux à cet égard que le *bicarbonate de soude.* Il ne faut pas l'administrer avant la magnésie, car le dégagement considérable d'acide carbonique qui suivrait son emploi immédiat pourrait faciliter ces perforations de l'estomac, qui sont tant à craindre dans les cas d'empoisonnement par les acides. La magnésie ne présente point ce danger ; il faut d'abord saturer

(1) Voy. l'art. IV, *Empoisonnement par les arsenicaux.*

avec elles les acides contenus dans l'appareil digestif. Voici la formule du traitement que j'ai souvent employé dans les cas d'empoisonnement par les acides :

» 1° *Magnésie calcinée, hydratée :* 20 à 50 grammes, délayés dans un litre d'eau ;

» 2° Puis, après l'emploi de la magnésie, prescrire abondamment des *solutions de bicarbonate de soude :* 10 grammes de ce sel par litre, voilà une proportion convenable.

» Depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, ce traitement de l'empoisonnement par les acides a été plusieurs fois employé, à mon instigation, dans des cas très graves, et suivi de guérison. On l'a prescrit dans les cas d'*empoisonnement par le bleu en liqueur, par l'acide sulfurique* étendu de son poids d'eau, et *par l'acide nitrique.*

» *Nota.* Il est bien entendu que ce traitement ne peut s'appliquer aux cas d'empoisonnement par des acides dont les sels sodiques sont vénéneux, tels que l'acide arsénique, etc. »

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LES SELS DONT ILS SONT LA BASE.

Signes de l'empoisonnement par les alcalis. Saveur âcre, caustique, *urineuse;* convulsions violentes; douleurs souvent très vives. La *matière des vomissements est savonneuse et grasse au toucher, ramène au bleu la teinture de tournesol rougie par les acides, rougit le papier de curcuma, verdit le sirop de violettes ; elle ne bouillonne pas sur le carreau.* D'ailleurs les autres symptômes sont à peu près semblables à ceux de l'empoisonnement par les acides. Les *alcalis caustiques* ramollissent la muqueuse buccale et perforent l'estomac.

Traitement. Les moyens de traitement ne s'appliquent pas aussi généralement aux alcalis et à leurs sels, qu'aux acides : il faut donc, après avoir exposé le traitement général, entrer nécessairement dans quelques détails.

TRAITEMENT EN GÉNÉRAL.

Donner des acides végétaux étendus d'eau : ainsi le *vinaigre*, le *citron*, l'*acide tartrique ;* dans les cas d'empoisonnement par la potasse et ses composés, la limonade tartrique est, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, celle qu'on doit préférer, parce que, de tous les sels de potasse, le bitartrate est le plus inoffensif.

On administre ensuite une *potion huileuse* (*huile d'amandes douces*), et l'*eau tiède* en abondance. Enfin, on a recours aux *émollients* à l'intérieur et à l'extérieur, et aux *sangsues*, s'il se développe de violents accidents inflammatoires.

TRAITEMENT DE QUELQUES EMPOISONNEMENTS EN PARTICULIER.

Foie de soufre (sulfure de potasse). Dans cet empoisonnement, remarquable par l'*odeur d'œufs pourris qui s'exhale de la bouche et des narines*, les acides, ainsi que le fait remarquer M. Devergie, seraient nuisibles, parce qu'ils mettraient à nu l'acide sulfhydrique qui est un poison très actif. Il faut donc se conten-

er, comme le prescrit cet auteur, *de faire vomir avec une grande quantité d'eau haude* et de donner *une cuillerée de chlore liquide par verre d'eau.*

Baryte et ses composés. On doit *administrer le sulfate de potasse, de soude ou le magnésie* à la dose de 12 grammes par litre d'eau; puis *expulser, par le omissement, le produit de la neutralisation chimique.*

Ammoniaque liquide et ses composés. Donner d'abord un *vomitif*, puis *une rande quantité d'eau*, et *recourir de nouveau au vomitif.*

Nitrate de potasse. Il n'y a pas de contre-poison. *Provoquer le vomissement.*

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

Signes de l'empoisonnement par les préparations mercurielles. Saveur métallique, âcre; sentiment de brûlure et de constriction à la gorge; constriction de l'estomac et des intestins; nausées, vomissements dont la *matière ne bouillonne pas sur le carreau, et n'agit pas sensiblement sur le papier de tournesol:* rapports fréquents et fétides, hoquet; urines difficiles; douleur et tuméfaction du ventre; déjections alvines assez souvent sanglantes; pouls petit, serré, quelquefois inégal, quelquefois fort. Crampes; froid des extrémités, prostration; décomposition de la face; parfois érection du pénis; inflammation de la bouche et du pharynx, et salivation.

Ces symptômes se rapportent principalement à l'*empoisonnement par le deutochlorure de mercure* (sublimé corrosif), mais il n'y a pas lieu d'indiquer avec détail les empoisonnements par les autres sels. Ils ne diffèrent, en effet, que par la plus ou moins grande violence des accidents, et la raison en est bien simple : c'est que, comme l'a démontré M. Mialhe (1), une partie de ces sels de mercure introduite dans l'économie est changée en deutochlorure, et que cette partie est la seule active, soit comme médicament, soit comme poison.

Traitement. Je vais d'abord indiquer celui que propose M. Bouchardat; j'y joindrai ensuite quelques moyens conseillés par d'autres auteurs.

» Orfila a découvert que l'*albumine* était un excellent contre-poison du sublimé corrosif; en effet, son efficacité a été reconnue dans de nombreuses expériences; c'est une substance d'un emploi fréquent, à la portée de tout le monde, d'une complète innocuité.

» Dès les premiers symptômes qui caractérisent l'empoisonnement mercuriel, on fera prendre au malade *quelques verres de blancs et de jaunes d'œufs délayés dans l'eau. On évitera de donner un grand excès d'albumine*, qui, si elle n'était pas vomie, pourrait dissoudre une petite partie du précipité à mesure qu'il se formerait.

» Il sera bon de faire avaler en même temps, ou le plus tôt qu'on pourra s'en procurer, *cinquante grammes de gelée de persulfure de fer*, ou *dix grammes de fer réduit par l'hydrogène*, dont nous avons, M. Sandras et moi, démontré l'efficacité dans les cas d'empoisonnements par les sels mercuriels.

» Il est indispensable de *favoriser les vomissements et les évacuations alvines*

(1) *Art de formuler.* Paris, 1845, p. CLXXIV et suiv.



par d'*abondantes boissons aqueuses ou mucilagineuses*. Cullerier a pu sauver deux cents malades qui avaient pris un excès de sublimé corrosif, en leur faisant avaler à chacun, dans les vingt-quatre heures, *sept à huit litres de lait, de décoction de graine de lin et d'eau tiède.* »

Nous venons de voir que MM. Bouchardat et Sandras ont une grande confiance dans l'hydrate de persulfure de fer; mais M. Mialhe, dont les expériences ont fait connaître le sulfure de fer hydraté comme le meilleur contre-poison des sels de mercure, regarde la substance recommandée par les deux expérimentateurs précédents comme un protosulfure impur, et pose en principe qu'il faut recourir exclusivement au *protosulfure de fer hydraté*. Ce contre-poison a la sanction d'Orfila, qui a reconnu (1) que le protosulfure de fer anéantit complétement les propriétés vénéneuses du sublimé corrosif s'il est *administré à dose suffisante immédiatement après l'ingestion de ce poison*, et qu'*il est inefficace s'il n'est donné qu'au bout de dix ou quinze minutes.*

Il suit de là que l'on doit toujours regarder l'*albumine* comme un contre-poison précieux, parce qu'on peut presque toujours se la procurer plus promptement que le sulfure de fer hydraté.

Voici comment, d'après M. Mialhe, on prépare le protosulfure de fer hydraté:

« On fait dissoudre une quantité quelconque de protosulfate de fer pur dans au moins vingt fois son poids d'eau distillée privée d'air par l'ébullition, et l'on opère la précipitation du sel ferreux au moyen d'une quantité suffisante de sulfhydrate de soude ou d'ammoniaque également dissous dans l'eau distillée non aérée. On lave ensuite, avec de l'eau pure bouillie, le protosulfure obtenu, et on le conserve dans un flacon bouché à l'émeri, plein d'eau distillée. La recommandation doit être exécutée à la lettre, ce composé ayant la plus grande tendance à passer à l'état de sulfate, et non à l'état de persulfure, comme on l'a indiqué dans quelques écrits estimables qui en ont parlé après ma publication. »

Les autres empoisonnements par les sels mercuriels doivent être traités de la même manière; il n'y a qu'une exception: elle est relative à l'*empoisonnement par le cyanure de mercure*. Dans cet empoisonnement, l'hydrate de protosulfure de fer ne suffit pas; mais M. Mialhe a trouvé le véritable contre-poison, qui consiste à *ajouter à l'hydrate de sulfure de fer environ le quart de son poids de magnésie calcinée.*

M. le docteur Poumet recommande le *protochlorure d'étain* contre l'empoisonnement mercuriel; mais Orfila (2) fait remarquer: 1° que le protochlorure d'étain est une substance qu'on n'a pas sous la main et qu'on ne peut se procurer qu'au bout d'un certain temps, de telle sorte qu'on peut laisser passer le moment opportun qui est très court dans l'empoisonnement par le sublimé, par exemple; 2° que le protochlorure d'étain est lui-même un sel vénéneux, que par conséquent si on l'administre après le moment opportun, on ajoute un poison à un autre poison; 3° que s'il s'agit d'un autre empoisonnement, tel que l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb, le cuivre, on ne peut qu'augmenter le mal. Or le diagnostic n'est pas toujours facile. Ces considérations sont toutes pratiques et doivent déterminer le praticien à renoncer à la substance proposée par M. Poumet.

(1) *Journ. de chim. méd.*

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 juin 1847, t. XII, p. 831.

Quant au *traitement des accidents consécutifs*, il n'est pas encore parfaitement fixé. Les uns veulent, et c'est la majorité, qu'on s'oppose aux effets irritants par les *antiphlogistiques*, et les autres qu'on emploie les *stimulants* et les *toniques*. Cette dernière médication est fondée sur les idées de contro-stimulisme de l'école italienne, idées théoriques qui ne sont pas suffisamment établies sur les faits, et contre lesquelles Orfila a accumulé les preuves expérimentales.

ARTICLE IV.

EMPOISONNEMENT PAR LES ARSENICAUX.

C'est à l'étude de l'empoisonnement par l'*acide arsénieux* (arsenic) que je dois borner les détails de cet article, parce que les empoisonnements par les autres préparations arsenicales n'offrent rien de particulier, et que, d'un autre côté, c'est presque toujours avec l'acide arsénieux que se pratiquent les empoisonnements.

Les symptômes auxquels donne lieu l'empoisonnement par l'arsenic sont de deux sortes, les uns locaux et les autres généraux, et il importe beaucoup de les considérer sous ce double point de vue.

Symptômes locaux. Les symptômes locaux produits par l'acide arsénieux sont analogues à ceux que déterminent les autres poisons irritants; mais il faut savoir que, de tous les poisons de cette espèce, c'est celui qui agit de la manière la plus insidieuse; que, dans un certain nombre de cas, les symptômes sont peu caractéristiques; qu'ils se bornent parfois à une prostration extrême, avec déjections plus ou moins abondantes, et que, par conséquent, lorsqu'il survient *brusquement* des phénomènes de ce genre, on doit recourir promptement à l'*analyse chimique du reste des aliments ou des boissons ingérés, si c'est possible*, ou *des déjections et les vomissements :* analyse qui seule peut rendre le diagnostic positif.

Il faut savoir, en outre, que des symptômes locaux qui vont être décrits, un certain nombre peut manquer. Ces symptômes sont les suivants:

Saveur sucrée, légèrement styptique; âcre, corrosive, si le poison est en grande quantité ou séjourne sur la muqueuse buccale; en ce cas, rougeur et cautérisation de la bouche; nausées, vomissements de matières muqueuses et sanguinolentes, survenant une ou plusieurs heures après l'ingestion. Anxiété précordiale; douleur vive, brûlante à l'épigastre; constriction, chaleur œsophagienne; soif; ventre sensible, coliques, évacuations alvines plus ou moins abondantes.

Dans certains cas, ces symptômes sont d'une intensité extrême; ainsi les douleurs sont atroces, les vomissements sont incessants, etc.

Symptômes généraux. L'arsenic produit les accidents de l'empoisonnement lorsqu'il est appliqué sur une surface absorbante quelconque : une plaie, la muqueuse vaginale, le rectum, etc. : cela seul suffit pour prouver que le médicament est absorbé; mais le fait a été d'ailleurs démontré par Orfila, qui a constaté la présence de l'arsenic dans le sang, dans les urines et dans des organes où il n'avait pu être apporté que par l'absorption. Or ce transport de l'arsenic dans le torrent circulatoire donne lieu aux symptômes que je vais indiquer.

Prostration profonde; syncopes, température de la peau abaissée; sueur froide,

visqueuse, abondante ; face rouge, injectée, livide ; traits profondément altérés ; éruptions diverses sur la peau, qui quelquefois est cyanosée. Convulsions, trismus, tremblements ; yeux convulsés, vitrés. Parfois céphalalgie, délire, coma ; ordinairement intelligence conservée, sens intacts. Dans quelques cas, diverses paralysies partielles. Pouls d'abord fréquent, développé, puis faible, petit, misérable.

Le médecin ne doit jamais manquer, s'il reste de la poudre suspecte, *de la projeter sur des charbons ardents ;* elle développe alors une *odeur alliacée caractéristique.*

M. Chatin a trouvé, à l'aide de l'appareil de Marsh (1), l'arsenic *dans la sérosité d'un vésicatoire* chez une femme qui s'était empoisonnée. C'est là un nouveau moyen de diagnostiquer l'empoisonnement qui ne doit pas être négligé.

Traitement. M. Bouchardat résume ainsi le traitement :

« Si j'étais, dit-il, appelé aujourd'hui à donner des soins à un malade empoisonné par l'acide arsénieux, voici comment j'agirais :

» D'abord *je favoriserais le vomissement* d'après les règles ci-dessus exposées ; puis j'administrerais l'*hydrate de peroxyde de fer en gelée. Un demi-kilogramme de cette gelée délayée dans deux litres d'eau sucrée.* Il est indispensable de donner un grand excès du corps précipitant ; car, comme Orfila l'a prouvé, si l'on n'en donne que la quantité strictement nécessaire pour produire de l'arsénite de peroxyde de fer, la puissance vénéneuse de l'acide arsénieux n'est pas détruite, elle n'est qu'entravée.

» Si l'on n'a pas l'hydrate de peroxyde de fer en gelée, il ne faut pas hésiter à faire prendre *trente grammes de safran de mars apéritif, délayé dans un litre d'eau*, en attendant qu'on ait préparé de la gelée d'hydrate de peroxyde de fer. Nos expériences nous ont prouvé l'incontestable efficacité de ce moyen.

» Nos expériences sur les chiens nous avaient également montré qu'on pouvait employer, comme contre-poison de l'acide arsénieux, le *persulfure de fer en gelée*, mais je crois infiniment préférable d'administrer, en même temps que l'hydrate de peroxyde de fer, *vingt grammes de magnésie.* Ce contre-poison doit être infiniment précieux, non seulement parce qu'il forme une combinaison insoluble avec l'acide arsénieux, mais encore parce que la magnésie purge et doit poursuivre le poison arsenical dans les intestins, et, en augmentant les selles, favoriser son expulsion de l'économie. Ainsi, pour résumer, je donnerais *concurremment l'hydrate de peroxyde de fer et de magnésie.* Comme cette dernière substance n'est efficace que lorsqu'elle est préparée avec les précautions que M. Bussy a fait connaître, je vais les rappeler.

PRÉPARATION DE LA MAGNÉSIE QU'ON EMPLOIE COMME CONTRE-POISON.

» On peut obtenir facilement de la magnésie dans un état convenable par le procédé suivant : On place le carbonate de magnésie (magnésie blanche du commerce) dans un creuset de terre qui ne doit en être rempli qu'à moitié ; le creuset est chauffé de manière que le fond atteigne la température du rouge sombre : on agite continuellement le carbonate avec une spatule de fer pendant la calcination ; l'eau et l'acide carbonique qui se dégagent déterminent dans la masse une

(1) *Journ. de chimie médicale*, septembre 1847.

›rte d'ébullition qui projette quelquefois une portion de magnésie à l'extérieur ı creuset. Quand ce dégagement a cessé, on essaie la magnésie par l'acide chlorydrique; elle ne doit plus retenir l'acide carbonique. Toutefois la magnésie qui nfermerait encore un peu d'acide carbonique serait préférable à celle qui serait stée longtemps exposée à une trop forte température.

» Lorsque la magnésie n'a été que faiblement calcinée, elle s'hydrate promptement et avec facilité; elle forme, avec l'eau à la température ordinaire, une gelée onsistante, comme le fait l'alumine : 2 grammes de magnésie suffisent pour doner à 50 grammes d'eau et plus cette consistance gélatineuse.

» Cette quantité de magnésie, délayée dans un décilitre d'eau, peut absorber, omme nous l'avons dit, un décigramme d'acide arsénieux dissous également dans n décilitre d'eau, de telle façon que, après avoir agité le mélange un instant et ltré la liqueur, elle ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré.

» Il faut éviter d'employer la magnésie trop fortement calcinée, son effet est presue tout à fait nul. On la reconnaît facilement aux caractères suivants : Sa densité st plus grande que celle de la précédente; sa cohésion est plus considérable; au ieu de s'hydrater et de faire pâte avec l'eau, elle gagne le fond du liquide et forme ın dépôt pulvérulent qui peut rester pendant plusieurs mois en contact avec l'eau ans s'hydrater. Mise en contact avec une dissolution d'acide arsénieux, elle ne 'absorbe qu'avec une extrême lenteur.

» On peut également préparer *par la voie humide* une magnésie hydratée très efficace dans les cas d'empoisonnement : 100 grammes de sulfate de magnésie cristallisé (sel d'Epsom, sel de Sedlitz) renferment 51,22 d'eau, 16,26 de magnésie, et 32,52 d'acide sulfurique. Il faut théoriquement 38,21 d'oxyde de potassium ou 45,52 d'hydrate pour décomposer complétement la dissolution de 100 grammes de ce sel, et en précipiter la magnésie à l'état d'hydrate. Mais si, au lieu de potasse pure, on emploie pour cette décomposition la potasse caustique ordinaire (pierre à cautère des pharmacies), qui contient toujours des chlorures, des sulfates, du carbonate et un excès d'eau, on peut sans inconvénient en prendre 50 parties pour 100 de sel à décomposer. Si, d'une autre part, on opère sur des liqueurs assez étendues; si le sulfate de magnésie est dissous, par exemple, dans vingt-cinq fois son poids d'eau, et la potasse dans vingt fois son poids du même liquide, on peut se dispenser de laver le précipité, et se contenter de l'exprimer fortement dans un linge; la petite quantité de sulfate de potasse et de sulfate de magnésie qu'il retient ne saurait avoir d'inconvénients sérieux, d'autant qu'il faut, pour l'administrer, délayer le précipité dans une grande quantité d'eau.

» Dix grammes de sulfate de magnésie dissous dans deux cent cinquante grammes d'eau, décomposés, comme il vient d'être dit plus haut, par cinq grammes de pierre à cautère dissoute dans cent grammes d'eau, fournissent un liquide qui contient encore un excès de sulfate de magnésie, et d'où la potasse caustique précipite une certaine quantité de magnésie, et donne un précipité qui, exprimé dans un linge et délayé dans l'eau sans avoir été lavé, absorbe immédiatement un décigramme d'acide arsénieux dissous dans un décilitre d'eau. Je fais observer que cette proportion d'acide arsénieux n'est pas, à beaucoup près, la limite de ce que peut absorber la magnésie.

» Toutefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'emploi de la magnésie calcinée.

bien préparée, me paraît tout aussi sûre et plus facile que celui de l'hydrate de magnésie.

» Quand on aura donné les contre-poisons, si le pouls devient misérable, si la peau se refroidit, on favorisera la réaction par des *sinapismes*, des *couvertures chaudes*, des *frictions sèches*, une *petite saignée*, des *boissons stimulantes*. Si la période algide a fait place à une réaction légitime, tout en maintenant strictement la liberté du ventre, on devra prescrire les *boissons diurétiques nitrées*, qu'Orfila a recommandées. On facilitera ainsi l'*expulsion du poison par les selles* et *par les urines*, c'est-à-dire qu'on sollicitera les deux principaux émonctoires de cette substance vénéneuse. »

J'ajouterai à ce qui précède que c'est à M. Bunsen qu'on doit la première idée d'administrer le *protoxyde de fer*, et que M. Mialhe a constaté la grande efficacité du *protosulfure de fer*, faisant toujours remarquer que le persulfure n'existe pas, et, ce qui est bien plus grave, qu'il faut une quantité presque double de la substance impure, à laquelle on donne le nom de *persulfure*, pour produire un effet égal à celui que produit une quantité donnée de protosulfure.

Il n'est pas d'empoisonnements sur lesquels les contro-stimulistes aient plus insisté que sur celui qui nous occupe, pour prouver l'action hyposthénisante du poison et les bons effets du *traitement tonique et excitant* (vin, alcool, bouillon, etc.); mais Orfila a prouvé, par les faits, qu'ils sont dans l'erreur.

ARTICLE V.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS CUIVREUSES.

Signes de l'empoisonnement. Saveur désagréable, vomissements nombreux, douloureux; coliques violentes, *déjections fréquentes, vertes, porracées;* convulsions, prostration, petitesse du pouls; altération des traits de la face; anxiété précordiale, syncopes; gêne croissante de la respiration; parfois paralysie et insensibilité générale.

Le médecin appelé devra rechercher s'il reste quelque liquide de couleur bleue, et le moyen le plus simple pour reconnaître le cuivre dans ce liquide est de l'aciduler, et d'y suspendre par un fil *une aiguille d'acier qui se recouvre d'une couche de cuivre.*

Traitement. Voici le traitement formulé par M. Bouchardat :

« Le meilleur contre-poison des sels de cuivre, c'est le *fer réduit par l'hydrogène;* il faut l'*administrer en quantité au moins aussi élevée que le sel de cuivre ingéré.*

» Si l'on a à sa disposition de l'*hydrate de persulfure de fer*, on le prescrira également avec beaucoup d'avantages. On peut donner *cent grammes de sirop de sucre.*

» Si l'on n'a immédiatement sous sa main ni fer réduit par l'hydrogène, ni hydrate de persulfure de fer, il n'y a pas à hésiter, il faut administrer de l'*eau albumineuse* (six blancs d'œufs délayés dans un litre d'eau); l'albumine forme des composés insolubles avec les sels de cuivre. Orfila a constaté l'efficacité de ce contre-poison par de nombreuses expériences. »

J'ai à faire absolument les mêmes remarques relativement au persulfure ; les expériences de M. Mialhe, qui le premier a signalé le sulfure de fer, contre-poison si utile et d'un usage si général, sont en faveur du *protosulfure*.

Quant au *sucre*, qui a été regardé comme un contre-poison, il n'agit, d'après les recherches de M. Bouchardat, qu'en retardant l'absorption de la substance vénéneuse.

M. Boucher (1) a publié des observations qui démontrent que la *magnésie calcinée* arrête entièrement les symptômes de l'empoisonnement par le sulfate de cuivre, et probablement par les autres sels de ce métal.

On doit administrer le contre-poison le plus vite possible et à la dose de 8 grammes d'antidote pour 1 gramme de sulfate.

Le *traitement des accidents consécutifs* est le même que dans les empoisonnements précédents.

ARTICLE VI.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ÉTAIN, DE BISMUTH, DE ZINC, D'ARGENT, D'OR ET DE PLATINE.

Je réunis dans un même article, et pour les mentionner seulement, toutes ces substances, parce qu'elles présentent, à quelques nuances près, des *symptômes semblables à ceux que produit l'empoisonnement par les sels mercuriels*. Aussi me bornerai-je à indiquer les principaux moyens de traitement.

Traitement. — Étain. Les deux contre-poisons principaux sont le *lait* proposé par Orfila, et le *protosulfure de fer* recommandé par M. Mialhe. Le premier a l'avantage de se trouver facilement en abondance ; le second précipite plus facilement le sel tanneux. La *magnésie*, l'*albumine*, la *noix de galle* et ensuite les *mucilagineux* et les *opiacés* offrent aussi des avantages.

Bismuth. Le meilleur contre-poison est encore le *protosulfure de fer hydraté ;* si l'on n'en avait pas, on donnerait l'*eau albumineuse* et le *lait*.

Zinc. Les contre-poisons proposés sont : l'*eau albumineuse*, le *lait* et le *bicarbonate de soude*.

M. Stratton (2), ayant été appelé auprès d'une personne qui avait avalé une solution de 10 grammes de chlorure de zinc, et qui éprouvait des accidents graves, fit cesser promptement tous ces accidents en administrant à de courts intervalles de trois à quatre pintes d'un *fort soluté de savon noir*, et en donnant ensuite de l'huile d'olive. Je cite ce moyen parce qu'on peut se le procurer facilement.

Argent. Le principal contre-poison est l'*hydrochlorate de soude* (sel marin) en dissolution.

Or ; platine. On ne connaissait pas encore de contre-poison, lorsque M. Mialhe a établi que le *protosulfure de fer hydraté* est l'antidote par excellence, dans l'empoisonnement par les sels d'or et de platine.

(1) *Union médicale*, 18 octobre 1851.
(2) Voy. *Union médicale*, 11 octobre 1849.

ARTICLE VII.

EMPOISONNEMENT PAR LES ANTIMONIAUX.

Signes de l'empoisonnement. Saveur désagréable, nausées, vomissements fréquents et abondants; constriction pharyngienne et œsophagienne, chaleur et douleur à l'épigastre; coliques, selles fréquentes et abondantes; dyspnée; prostration, lipothymies, refroidissement des extrémités, yeux cernés, face pâle, sueur froide et visqueuse.

Traitement. Substances riches en tannin : décoction de *noix de galle*, de *quinquina*, d'*écorce de chêne*, de *marronnier*, de *saule*, de *bistorte*, de *ratanhia*, de *cachou*. On a vanté aussi la *magnésie* et le *suc de citron*. Les *émollients* et les *opiacés* sont utiles quand il y a une vive irritation du tube digestif; mais on doit combattre aussi la prostration par des *frictions chaudes* et *alcooliques*, par le *vin* à l'intérieur, par les *toniques*.

ARTICLE VIII.

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORE, LES CHLORURES, L'IODE.

Signes de l'empoisonnement. Resserrement de la poitrine, oppression, crachats sanguinolents (chlore); nausées, ardeur du pharynx, vomissements de matières tachées de jaune (iode).

Traitement. Chlore : Eau légèrement *ammoniacale; émollients. — Iode. Amidon, colle d'amidon;* émollients.

ARTICLE IX.

EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES (1).

Signes de l'empoisonnement. Saveur âcre; soif vive; douleurs violentes à l'épigastre d'abord, puis dans tout le ventre; vomissements, selles souvent sanguinolentes; ardeur de la vessie et du canal de l'urètre, strangurie, urine souvent sanguinolente, parfois priapisme ou satyriasis. Fièvre, délire, convulsions, syncopes, coma.

Dans les matières des déjections, un examen attentif fait découvrir des *paillettes vertes ou dorées, brillantes*, qui sont des fragments de cantharides.

Traitement. Exciter le vomissement par la *titillation de la luette* et l'*eau tiède*. Antiphlogistiques; *opium* à l'intérieur et à l'extérieur; frictions huileuses *camphrées*. Dans les cas de collapsus, *excitants toniques*.

Je ne crois pas devoir passer en revue les *poisons irritants végétaux*, qui ne nous offriraient rien de bien particulier.

(1) Poumet, *Nouvelles recherches et expérimentations sur l'empoisonnement par les cantharides* (*Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*. Paris, 1842, t. XXVIII, p. 347 et suiv.).

CHAPITRE IV.

EMPOISONNEMENTS PAR LES NARCOTIQUES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC.

Je n'insisterai pas sur ces empoisonnements, qui ressemblent plus ou moins à l'empoisonnement par l'opium; j'indiquerai seulement les particularités suivantes :

Dans l'*empoisonnement par la belladone*, les pupilles sont largement dilatées; dans l'*empoisonnement par le datura*, il y a des hallucinations, de la léthargie; dans celui que produit la *jusquiame*, les vertiges sont remarquables, et le *tabac* donne lieu à un état de défaillance extrême.

Traitement. 1° *Evacuer le plus complétement possible l'appareil digestif.*

2° Administrer la *solution d'iodure de potassium iodurée* (1), en favorisant le vomissement.

3° *Emissions sanguines*, et si la réaction est considérable, *boissons tempérantes*, *bains*.

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ET LES SELS DE MORPHINE.

Je ne parlerai pas ici du simple narcotisme, qui est le premier degré de l'empoisonnement.

Signes de l'empoisonnement. Nausées, vomissements; soif; bouche sèche; constipation; urines diminuées, parfois supprimées. Assoupissement, yeux rouges, immobiles. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, resserrement des pupilles. Membres dans la résolution; respiration stertoreuse; parfois roideur et convulsions. Pouls tantôt lent, large et dur, tantôt petit et fréquent; peau froide; sueurs, coma, symptômes d'asphyxie. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, outre les symptômes précédents, *démangeaisons* plus ou moins vives par tout le corps.

Traitement. M. Bouchardat le résume ainsi qu'il suit :

« 1° Il faut vider l'estomac, comme nous l'avons indiqué plus haut avec détail, par les *émétiques*, par les *éméto-cathartiques*, et, s'il y a lieu, par la *sonde œsophagienne*.

» 2° On prescrira ensuite la *solution d'iodure de potassium iodurée*. En voici la formule :

℞ Iodure de potassium	4 gram.	Eau	1000 gram.
Iode	0,30 gram.		

A prendre par demi-verrées.

» 3° On combattra le narcotisme par le *café* à haute dose; ce n'est pas un

(1) Voy. l'art. suivant, *Empoisonnement par l'opium*.

contre-poison ; mais c'est un remède excellent de la maladie morphique.... Si l'on veut réussir, il faut le prescrire abondamment, *sans sucre*, ou *très peu sucré* et *légèrement alcoolisé*..... Voici la recette que j'adopte :

℥ Café torréfié et pilé .... 50 gram.

Obtenez par lixiviation :

Café liquide .... 500 gram.

Ajoutez :

Eau-de-vie .... 20 gram.

A prendre à quatre à cinq minutes d'intervalle.

» On peut également administrer le *café sous forme de lavement.* »

Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant, M. Kirk (1) parvint à le rappeler à la vie au moyen de la *galvanisation* continuée pendant quatre heures, en laissant des intervalles de plus en plus longs après chaque excitation ; un des conducteurs fut appliqué sur l'épigastre et l'autre porté au fond de la gorge le plus profondément possible. Un fait à peu près semblable a été publié par M. Bird Herapath (2). Ce médecin, tout en employant d'autres moyens, parvint à entretenir artificiellement la respiration pendant plusieurs heures à l'aide d'une batterie galvanique.

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE (*acide prussique*), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYANURE DE POTASSIUM.

Lorsque l'acide cyanhydrique est concentré, la mort est presque instantanée ; il n'y a que quelques inspirations brusques et des convulsions. Ce ne peut pas être dans ces cas que le médecin est appelé.

Dans les cas où le poison est faible, on observe ce qui suit :

Signes de l'empoisonnement. Vertiges, gêne de la respiration, bâillements ; bientôt après, perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Pupilles dilatées ; respiration stertoreuse ; mâchoires serrées, écume sanguinolente à la bouche ; pouls petit, fréquent, peau froide, coma. Parfois convulsions violentes.

Traitement. Voici le résumé donné par M. Bouchardat (3) :

« 1° *Il n'y a pas lieu d'administrer de l'émétique ;*

» 2° Il faut *se hâter de faire prendre le contre-poison*, car si la mort doit suivre l'administration du poison, elle ne tarde guère.

» Dans le cas contraire, on peut espérer un bon succès du *contre-poison de M. Smith*, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. Laroque, peut se conserver plusieurs mois, en prenant les précautions suivantes : Au mélange des deux sulfates de fer, on ajoute une dissolution de sucre, on précipite ensuite par du carbonate de soude, et l'on conserve dans des vases pleins et bien fermés.

(1) *The Lancet*, janvier 1853.
(2) *The Lancet*, et *Bull. gén. de thérap.*, 15 décembre 1852
(3) *Loc. cit.*

℞ Sucre	60 gram.	Eau	250 gram.
Sulfate ferreux	55 gram.	Carbonate de soude cristal.	260 gram.
Sulfate ferrique	98 gram.		

» Le *chlore*, employé concurremment avec le contre-poison du docteur Smith, peut rendre de très utiles services.

» 3° Lorsque la vie paraît suspendue, on peut pratiquer sur la colonne vertébrale d'abondantes *affusions d'eau froide.*

» J'ai constaté, ainsi que M. Louyet, l'efficacité de ce moyen indiqué par le docteur Robinson. »

CHAPITRE V.

EMPOISONNEMENTS PAR LES NARCOTICO-ACRES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE, LA STRYCHNINE, LA BRUCINE.

Signes de l'empoisonnement. Les principaux sont : 1° le tremblement, les secousses convulsives, la courbure du tronc en arrière, le trismus ; la constriction de la poitrine, la gêne de la respiration ; les douleurs de ventre, les envies de vomir ; les signes de l'asphyxie ; l'injection, la fixité des yeux.

La marche des accidents est surtout remarquable : ils se produisent par accès de plus en plus rapprochés et violents, et séparés par des intervalles dans lesquels le malade est dans un état de calme souvent complet.

Traitement. Je l'emprunte encore à M. Bouchardat (1) :

« 1° Il convient, dans ces empoisonnements de *provoquer* le plus sûrement et le plus promptement possible des *vomissements abondants :* de l'*eau fortement salée*, de l'*émétique*, voilà les agents que l'on devra employer de préférence.

» 2° On prescrira en même temps de l'*eau iodurée* (2). Il faudra *donner un excès de contre-poison*, car j'ai prouvé que l'iodure d'iodhydrate de strychnine, quoique complétement insoluble dans l'eau acidulée, empoisonnait.

» 3° *Pour combattre les accidents tétaniques* déterminés par l'absorption de la strychnine ou des poisons strychniques, nous manquons encore de bonnes données cliniques. Il est cependant quelques principes sur lesquels on peut insister, sans courir le risque de se tromper...

» Dans les empoisonnements strychniques, il faut *entretenir la respiration à tout prix*, par des *inspirations d'air*, ou d'*oxygène*, par des *pressions et des expansions alternatives des parois du thorax.*

» On pourrait encore faire prendre, soit sous forme de lavements, soit par l'estomac si les vomissements étaient interrompus, l'agent substitutif dont l'action est la plus sûre et la plus prompte pour combattre la rigidité tétanique : l'*opium.*

(1) *Loc. cit.*
(2) Voy. p. 643.

» J'administrerais donc sans hésiter *trente ou quarante gouttes de laudanum de Sydenham, dissous dans cinquante grammes d'eau* ; et j'en surveillerais l'effet. »

Sur 20 chiens soumis à l'intoxication par la strychnine, M. Bardel (1) en a guéri 16 par le moyen suivant :

1° Chlore liquide, 5 grammes ; eau distillée, 250 grammes, administrés en une seule fois.

2° Dix minutes après : tartre stibié, 0,05 grammes, dans 6 à 8 cuillerées d'eau tiède.

3° Après le premier vomissement, revenir à la première dose de chlore.

4° Dix minutes après, répéter la dose de tartre stibié ; après ce vomitif, lait coupé d'eau, pour provoquer le plus possible les vomissements.

Le journal médical de Boston (2) rapporte un fait d'empoisonnement par la strychnine, qui céda aux *inspirations de chloroforme* continuées pendant quelques heures, mais non jusqu'à produire l'anesthésie.

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR LE CAMPHRE.

Signes de l'empoisonnement. Vertiges, mouvements involontaires, prostration, somnolence, stupeur, affaiblissement des sens et surtout de la vue.

Traitement. Vomitifs ; frictions stimulantes ; opium ; toniques et stimulants suivant l'école italienne.

M. Aran a employé avec succès dans un cas, le café, les excitants et les affusions d'eau froide.

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Signes de l'empoisonnement. Quelques heures après l'ingestion, douleurs épigastriques, soif vive, nausées, vomissements, coliques, tranchées violentes ; selles nombreuses, froid des extrémités, sueur froide, crampes. Stupeur, abattement, convulsions, délire ; pouls petit, misérable ; coma.

Traitement. Purgatifs ; éther sulfurique ; sel commun ; alcool ; noix de galle. On a aussi vanté les acides végétaux ; mais avant l'évacuation du poison ils sont nuisibles, comme l'a démontré Orfila.

Les *émollients*, les *bains*, les *rubéfiants* aux extrémités complètent le traitement.

CHAPITRE VI.

EMPOISONNEMENTS PAR LES SEPTIQUES.

J'ai peu de chose à dire de ces empoisonnements. J'ai, en effet, décrit les empoisonnements par la morsure des animaux, qui sont les plus nombreux et les plus

(1) *Lettre à M. Dumas* (*Union méd.*, 18 septembre 1852).
(2) *Union médicale*, 25 novembre 1852.

importants à connaître; je dirai seulement un mot de l'empoisonnement *par les matières putrides* et par l'*hydrogène sulfuré.*

Les empoisonnements dont nous allons nous occuper sont causés soit par les *émanations putrides*, celles des amphithéâtres, par exemple, soit par l'ingestion des *viandes gâtées* (viandes fumées, boudins), soit par l'*inoculation d'une substance septique :* dans les piqûres anatomiques, par exemple.

ARTICLE I.

EMPOISONNEMENT PAR L'HYDROGÈNE SULFURÉ.

Signes de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré. C'est surtout les ouvriers qui descendent dans les *fosses d'aisances* qui sont sujets à cet empoisonnement. L'*hydrosulfate d'ammoniaque* et l'*acide hydrosulfurique* sont les deux gaz qui constituent le *plomb*, expression par laquelle on désigne et l'exhalation délétère, et les accidents qu'elle produit.

Quelquefois les sujets tombent *comme foudroyés.* Dans les cas moins violents : douleurs très vives à l'épigastre; arthralgie; céphalalgie. Constriction pharyngienne; nausées, lipothymies. Parfois délire, convulsions, rire sardonique; cris; puis face livide, écume sanguinolente à la bouche, irrégularité du pouls, et tous les symptômes de l'asphyxie.

Traitement. Je l'emprunte à M. Bouchardat (1).

« 1° *Traitement de l'empoisonnement par le gaz des fosses d'aisances.* Il importe de faire *le plus tôt possible respirer du chlore avec précaution.* Labarraque a sauvé un vidangeur asphyxié en plaçant sous son nez à différentes reprises un linge trempé dans une *dissolution de chlorure de soude.*

» Si l'on n'a pas de chlorure de soude sous la main, comme le succès dépend de la rapidité du secours, on trouvera chez tous les épiciers de l'*eau de javelle*, qui est du *chlorure de potasse*, et l'on en imbibera un linge qu'on promènera avec précaution sous le nez de l'asphyxié. On pourra *activer*, s'il en est besoin, le *dégagement du chlore*, en versant *quelques gouttes de vinaigre* sur le linge imbibé d'eau de javelle. On pourra encore, comme M. Mialhe, obtenir un dégagement lent et gradué du chlore, en enfermant *dans une compresse une poignée de chlorure de chaux*, et en versant sur cette compresse *quelques gouttes de vinaigre.*

» Quand le malade commence à respirer, il faut l'*exposer au grand air*, rappeler la chaleur à la peau, en le *brossant fortement avec une brosse de crin*, et en l'enveloppant de *couvertures chaudes.* On pratiquera une *saignée*, puis on administrera une *potion antispasmodique avec deux grammes d'éther.* »

L'*ammoniaque* respirée avec précaution est, comme l'a constaté Orfila, utile pour ranimer le malade.

2° *Traitement de l'empoisonnement par le foie de soufre*, l'*eau de Baréges pour bains*, etc. « Il faut immédiatement *provoquer le vomissement par l'ingestion d'une grande quantité d'eau tiède*, par d'*abondantes boissons mucilagineuses* et par la *titillation de la luette*, et même, si les vomissements étaient rebelles, il

(1) *Loc. cit.*

faudrait recourir à *la pompe œsophagienne*. On ne peut faire vomir avec l'émétique ou le sulfate de cuivre ou de zinc, car ces sels sont décomposés par le sulfure alcalin. On administre ensuite par demi-verrées, tant que les vomissements ont l'odeur d'œufs pourris, la *solution de dix grammes de proto*, ou mieux de *persulfate de fer dans un litre d'eau*, et *deux cents grammes de sucre ;* au lieu de sulfure de potasse vénéneux, il se forme du sulfate de potasse purgatif, et du sulfure de fer insoluble. »

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INGÉRÉES DANS L'ESTOMAC.

Cet empoisonnement se produit surtout après l'usage de *viandes de charcuterie*, et c'est principalement en Allemagne qu'on l'a observé (Kerner).

Signes de l'empoisonnement. Nausées, vomissements, selles fétides. Vue trouble, pupilles dilatées ; vertiges ; prostration ; aphonie ; palpitations, syncope.

Traitement. Vomitifs ; purgatifs ; boissons éthérées, aromatiques. Dans les cas d'inflammation évidente, antiphlogistiques.

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INOCULÉES.

Dans l'article que j'ai consacré à la *phlébite* et à l'*infection* purulente (1), j'ai donné les symptômes produits par cet empoisonnement et le traitement qui lui convient. J'y renvoie le lecteur.

(1) Tome II, p. 106.

FIN DU TOME CINQUIÈME ET DERNIER.

ERRATA.

TOME PREMIER.

Page 20,	ligne 19,	au lieu de :	*l'eau de plaintain*,	lisez :	*l'eau de plantain.*
— 31,	— 46,	—	*sulfate* d'arsenic,	—	*sulfure* d'arsenic.
— 264,	— 2,	—	*avec calme*,	—	*avec le calme.*
— 296,	— 37,	—	ne *dénote*,	—	ne *dénotait.*
— 532,	— 5,	—	et des *lotions*,	—	des *lotions.*
— 535,	— 4,	—	*l'aide* de frictions,	—	*à l'aide* de frictions.
— 616,	— 23,	—	0,50 *g.* suffisent,	—	0,05 suffisent.

TOME II.

— 2,	— 13,	—	la péricardite est l'inflammation de la membrane *interne*,	—	la péricardite est l'inflammation de la membrane *externe*
— 210,	— 15,	—	une *névrose*,	—	une *nécrose.*
— 304,	— 37,	—	*génélement*,	—	*généralement.*

TOME III.

— 30,	— 35,	—	*oxalate* d'argent,	—	*nitrate* d'argent.
— 386,	— 2,	—	*tuberculeuse*,	—	*tubuleuse.*
— 399,	— 29,	—	calculs *biliaires*,	—	calculs *rénaux.*
— 673,	— 46,	—	*ont* très rares,	—	*sont* très rares.

TOME IV.

— 182,	— *note*,	—	(5) Giessen, 1858,	—	(5) Giessen, 1850.
— 217,	— 10,	—	*volumineux*,	—	*moins volumineux.*
— 444,	— 8,	—	le *cerveau*,	—	le *coronal.*
— 483,	— 21,	—	*nouveaux*-nés,	—	*nouveau*-nés.
— 733,	— 8,	—	*exérétions*,	—	*excrétions.*
— 744,	— 1,	—	*maniques*,	—	*maniaques.*
— 791,	— 16,	—	*succès*,	—	*accès.*

TOME V.

— 356,	— 36,	—	*inflexion*,	—	*infection.*
— 452,	— 14,	—	*impreigner*,	—	*imprégner.*
— 478,	— 28,	—	scapulo-*humorale*,	—	scapulo-*humérale.*
— 305,	— 33,	—	8 de grains,	—	de 8 grains.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE CINQUIÈME VOLUME.

LIVRE SEPTIÈME.

LIVRE HUITIÈME.

LIVRE NEUVIÈME.

LIVRE DIXIÈME.

FIN DE LA TABLE DU CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES CINQ VOLUMES.

NOTA. Les chiffres romains indiquent le volume, les chiffres arabes indiquent la page. — Pour le tome premier la pagination seule est indiquée.

C

D

E

F

G

H

I

M

N

P

Q

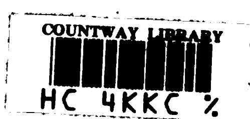
S

T

Y

Z

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.


COUNTWAY LIBRARY
HC 4KKC %





